

## Test génétique – des gènes *BRCA 1/2*

Demande de prise en charge à l'attention du médecin-conseil

**Indication:** syndrome du cancer du sein ou des ovaires, gènes *BRCA1/BRCA2* ou mutation spécifique simples selon l'article 12d, paragraphe f de l'OPAS.

Le résultat es nécessaire d'urgence (intervention chirurgicale imminente)

### Données du patient:

Nom:  Prénom:  né le.:

Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

**Assurance:**  N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de eindecken-conseil ou MC):  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:

Une évaluation approfondie du risque, avec conseil génétique, a été réalisée le:

### Données pour la sécurité du diagnostic – Évaluation d'un cancer du sein héréditaire

Antécédents familiaux du côté maternel  Antécédents familiaux du côté paternel

- Apparition du cancer du sein avant 50 ans ou du cancer des ovaires (âge indifférent)?  
 Oui  Non
- Membres de la famille atteints du cancer du sein (mère, grand-mère, soeur, fille, tante ou nièce du côté maternel ou paternel) avant 50 ans?  
 Oui  Non
- Membres de la famille atteints du cancer du sein du côté maternel et du côté paternel (voir question 2)?  
 Oui  Non
- Membres de la famille atteints du cancer des ovaires (âge indifférent) (voir question 2)?  
 Oui  Non
- Membre de la famille de sexe masculin atteint du cancer du sein?  
 Oui  Non
- Apparition précoce (avant 30 ans) des cancers chez des membres de la famille (au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré)?  
 Oui  Non
- Test génétique de dépistage du cancer positif chez des membres de la famille au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré?  
 Oui  Non  ignoré
- Origine juive ashkénaze (risque accru de mutation des gènes *BRCA1* et *BRCA2*)?  
 Oui  Non
- Triple-négatif cancer du sein chez patiente ou chez des membres de la famille?  
 Oui  Non

**Remarque:** en cas de réponse positive à la question 1 et à au moins une autre question, suspicion d'une prédisposition au cancer héréditaire du sein ou des ovaires. Un test génétique est indiqué pour le vérifier.

Questions conformes aux directives de la Société Suisse de Génétique Médicale et sénologie

**Autres maladies:**

**Nom du ou des gènes à analyser:**

---

**Médecin formulant la demande**

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA:

Lieu:

Tél.

Fax:

E-Mail:

**Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:**

**Département:**

Date:.....

Timbre et signature:.....