

<u>ETAPE 1</u> Saisie du Formulaire de demande d'analyse génétique

Domaine Oncogénétique Pré-indication : Cancers avec antécédents familiaux particulièrement sévères évocateurs de prédisposition génétique

QUI ? Prescripteur ou Assistant Prescripteur (Validation finale par le prescripteur)





Création du patient avant toute prescription





Cas 1 : le patient est connu dans Hygen -> aller directement diapo 5

Cas 2 : le patient n'est pas connu dans Hygen





Cas 2 (suite) : le patient n'est pas connu dans Hygen

Créer une nouvelle Demande Auragen





Une fois le patient créé, le parcours HYGEN de prescription peut débuter

Parcours _ 0 AURAGEN filière oncogénétique PETIT Alain 7 35 ans 14/08/1985 ŝ 62 Actualiser Gérer rappels Arrêter Intervenants Démarré par BoyaultTEST, Sandrine le 22/09/2020 (dans la journée) Ouverture d'une demande HYGEN (filière oncogénétique) : 22/09/2020 Détails.. Consignes Acteur/Lieu Statut N° Etapes Formulaire de demande d'analyse génétique (version Consigne de réalisation : Liens vers la notice d'information et les Prescripteur X modèles de consentement : oncogénétique) (N.B. : Vous pourrez générer les modèles de consentement préremplis à l'étape "formulaire de prescription" qui sera disponible après validation par la RCP.) A https://hygentuto.auragen.fr/Circuit-maladie-rare/Outils-du-press Désignation de la RCP 2 Assistant Prescripteur, Prescripteur \checkmark X Avis de la RCP amont Consigne de réalisation : RCP 8 1) Consultez le dossier clinique HYGEN du patient : accès via le lien en haut à droite de la fenêtre ou en arrière -plan. 2) Chargez le compte-rendu de la RCP d'entrée : cliquez sur le libellé de l'étape. 3) Enregistrez votre conclusion sur la poursuite du parcours : cliquez sur le feu vert ou le feu rouge.



Ouverture du formulaire

Cliquer sur l'étape « Formulaire de demande d'analyse génétique »



Saisir l'onglet 1 (partie 1): Indications, symptômes, diagnostics

	Demande d'analyse génétique (oncogénétique) - PETIT ALAIN né le 14/08/1985	Pour les Assistants prescripteurs Ajouter le nom du prescripteur
	Indication Cancers avec antécédents familiaux particulièrement sévères évocateurs de prédispositi Champs non obligatoires Principaux symptômes Diagnostics suspectés Case à cocher concernant un test génétique antérieur Le patient a-t-il déjà eu un test génétique ? O oui oui non Si oui, merci de préciser les types de panel et les gènes testés	
Sa fa ce	aisir le champs « Nombre total de cancers dans la imille », ainsi que « les branches » et « nombre total chez e patient »	
ſ	Saisir les données anatomopathologiques Saisir « l'âge de survenue du cancer » Ajouter un cancer si nécessaire et compléter les champs Nombre de cancers chez ce patient* 1 Cancer 1 du patient Localisation du cancer (CIM03 - topo)* Type histologique du cancer (CIM03 - topo)* Âge de survenue du cancer* 25 ans	
[Saisir « l'âge de survenue du cancer » Image: comme présentés ci-dessus Ajouter un cancer si nécessaire et compléter les champs comme présentés ci-dessus Image: comme présentés ci-dessus	6



Saisir l'onglet 1 (partie 2): Indications, symptômes, diagnostics





Saisir l'onglet 2 (partie1) : Autres personnes à analyser

	se génétique (oncogénétique) - PETIT ALAIN né le 14/08/1985	
	Date 22/09/2020 Prescripteur* BoyaultTEST, Sandrine Q Numéro de demande HYGEN OC-2000251	
Nom de paissance et Prénom	Date de demande HYGEN 22/09/2020 (1) Indication, symptômes et diagnostics (2) Autres personnes à analyser	
	Apparenté 1	
Sexe	Prénom* Nom d'usage Nom de naissance* Date de naissance* Sexe* Homme	Date de naissance
Champs non obligatoires	Nom du prescripteur secondaire	
	Lien de parenté avec le patient principal* Père	Lien de parenté avec la cas index
	Coefficient de parenté avec le patient principal	
Statut	Apparenté malade Oapparenté non malade Ostatut non connu Commentaires Cliquer ici pour saisir un texte	



Saisir l'onglet 2 (partie 2) : Autres personnes à analyser

	Apparenté 2	
	Prénom* Nom d'usage	
	Nom de naissance* Date de naissance*	
	Sexe* Femme	
	Nom du prescripteur secondaire 🕕	
Complétor los champs de l'apparenté	Mail du prescripteur secondaire	
2 comme présentés sur la diapositive précédentes	Lien de parenté avec le patient principal* Mère	
	Coefficient de parenté avec le patient principal	
	Oen vie Odécédé 🗧	
	* Oapparenté malade Oapparenté non malade Ostatut non connu	
	Commentaires Cliquer ici pour saisir un texte	
	+ Ajouter un apparenté	
Ajouter un apparenté si nécessaire et compléter les		
champs comme presentes cl-dessus (dans un	Enregistrer Valider	
	1	
Cliqu	er sur :	
« En	egistrer» = Formulaire modifiable	
QUI?	Assistant prescripteur ou Prescripteur	
OU	ATTENTION : Valide	er quand tous les échantillons sont
« Va	der » = Formulaire non modifiable	
QUI?		
Presc	ipteur : réglementairement seul le prescripteur peut valider.	9
Cela	ngage sa responsabilité.	