

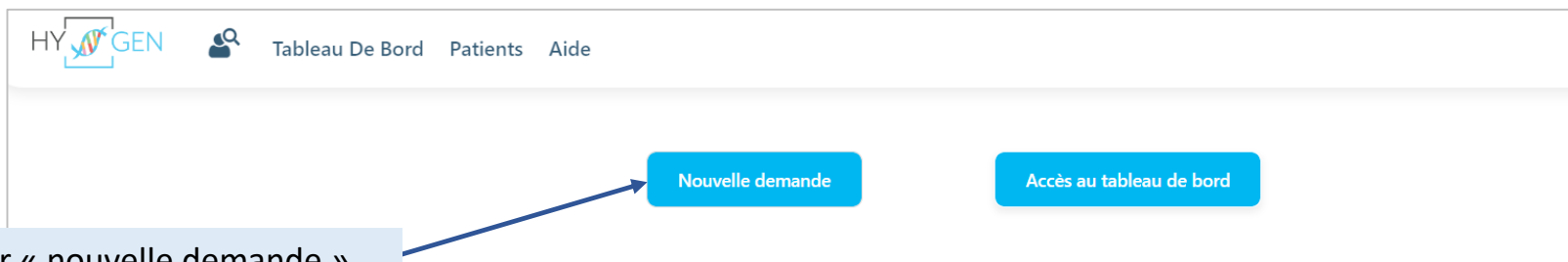
## ETAPE 1


### Saisie du Formulaire de demande d'analyse génétique

Domaine Cancer – Filière Hématologie

*QUI ? Prescripteur ou Chargé de Parcours Génomiques (CPG)  
(Validation finale par le prescripteur)*

1. Cliquer sur le  
« logo HYGEN »



HYGEN  Tableau De Bord Patients Aide

Nouvelle demande Accès au tableau de bord

2. Cliquer sur « nouvelle demande »



 Tableau De Bord Patients Aide



## Créer une nouvelle Demande Auragen

3. Vérifier si le patient existe déjà dans Hygen :  
Saisir le nom, prénom puis cliquer sur  
rechercher

1 Rechercher le patient

2 Informations administratives du patient

3 Demande Auragen

Nom\*

Prénom

Date de naissance

Sexe

 Rechercher

 Effacer

Avec Prénom utilisé

 Derniers patients consultés

**Cas 1** : le patient est connu dans Hygen et la **demande déjà créée** → aller directement [diapo 6](#)

**Cas 2** : le patient est connu dans Hygen et la **demande non créée** → Double cliquer sur la ligne du patient puis aller directement [diapo 5](#)

<input type="button" value="Rechercher"/> <input type="button" value="Effacer"/> <input type="checkbox"/> Inclure Prenom Usuel		<input type="button" value="Derniers patients consultés"/> <input type="button" value="+ Créer patient"/>					
<input type="button" value="Nom de naissance"/>	<input type="button" value="Nom utilisé"/>	<input type="button" value="Prénom de naissance"/>	<input type="button" value="Date de naissance"/>	<input type="button" value="Lieu de naissance"/>	<input type="button" value="IPPA"/>		
♂		TEST	CREATION	20 juillet 2012	LYON 5E ARRONDISSEMENT	00010945	

**Cas 3** : le patient n'est pas connu dans Hygen

## Créer une nouvelle Demande Auragen

1 Rechercher le patient      2 Informations administratives du patient      3 Demande Auragen

Nom\*       Prénom       Date de naissance

Sexe

Cliquer sur « créer le patient »


Aucun patient ne correspond à vos critères de recherche

### Cas 3 (suite) : le patient n'est pas connu dans Hygen

Compléter les champs d'informations de l'identité du patient  
Tous les champs portant une **astérisque \*** sont **obligatoires**



1 Rechercher le patient      2 Informations administratives du patient      3 Demande Auragen

#### Nouveau Patient

 **Nom de naissance\***

**Nom usuel**

**Prénom\***

**Date de naissance\***   **Sexe\***  

**Lieu de naissance\***

Informations de contact (facultatives)

\* Champs obligatoires

Cliquer sur « Enregistrer »

1. Sélectionner le domaine concerné et/ou l'établissement concerné par la demande (si applicable) : **Domaine cancer**

1 Rechercher le patient      2 Informations administratives du patient      3 Demande Auragen

**RACOON Billy né le 12 janvier 1986 (Agée de 39 ans et 8 mois) - (IPP 00011463)**

**Domaine concerné par la demande :**  CHU Grenoble - domaine cancer    CHU Grenoble - domaine maladie rare    CHU TEST A - domaine cancer    CHU TEST A - domaine maladie rare    CHU Grenoble - domaine oncogénétique    CHU TEST A - domaine oncogénétique

**Parcours concerné par la demande :**

**DEMANDES AURAGEN EXISTANTE**

- AURAGEN filière cancer solide
- AURAGEN filière hématologie

Historique des demandes du patient

2. Sélectionner le parcours concerné par la demande : **AURAGEN filière hématologie**

1 Rechercher le patient      2 Informations administratives du patient      3 Demande Auragen

**RACOON Billy né le 12 janvier 1986 (Agée de 39 ans et 8 mois) - (IPP 00011463)**

**Domaine concerné par la demande :**  CHU Grenoble - domaine cancer    CHU Grenoble - domaine maladie rare    CHU TEST A - domaine cancer    CHU TEST A - domaine maladie rare    CHU Grenoble - domaine oncogénétique    CHU TEST A - domaine oncogénétique

**Parcours concerné par la demande :**

3. Cliquer sur « créer une demande AURAGEN »

# Ouvrir le formulaire de demande d'analyse génétique

Cliquer sur l'étape 1  
« Formulaire de demande  
d'analyse génétique »








Parcours

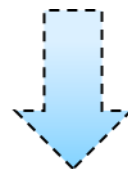
## AURAGEN filière hématologie

Actualiser | Gérer rappels | Arrêter | Intervenants

**CREATION Parcours**  
 ♀ née le 12/01/1986 (39 ans et 8 mois)

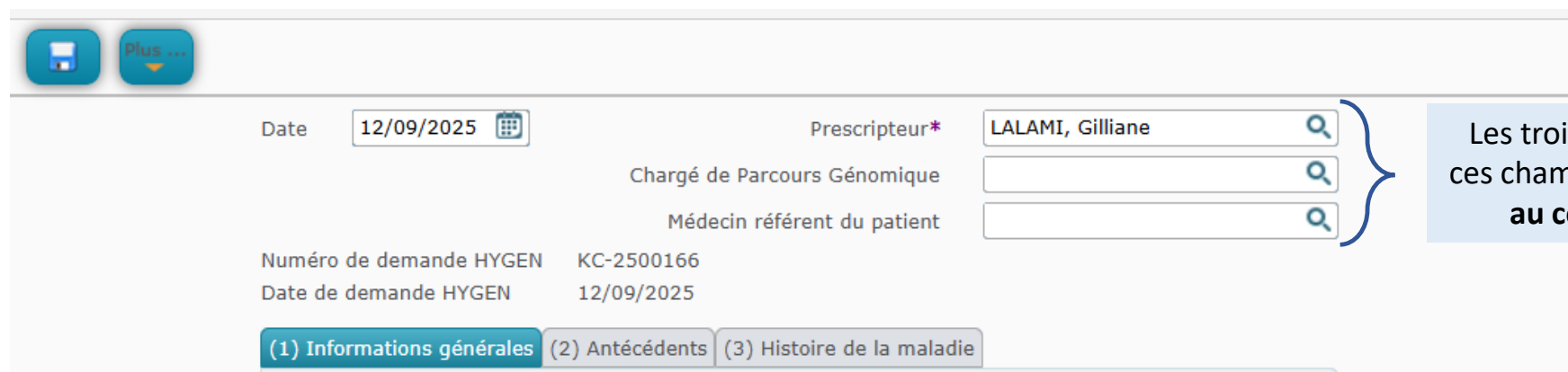
Démarré par LALAMI, Gilliane le 12/09/2025 (dans la journée)  
 Ouverture d'une demande HYGEN (filière cancer) : 12/09/2025  
[Détails...](#)

N°	Etapes	Consignes	Acteur/Lieu	Statut
1	 Demande d'analyse génétique (KC hématologie)		CHU TEST A - domaine cancer (Prescripteur)	 
2	 Désignation de la RCP			
3	 Avis de la RCP amont	Consigne de réalisation : 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.	RCP	 



Ouverture du formulaire

## Ajouter les acteurs du parcours les champs d'informations de l'identité du patient

A screenshot of a web-based form for patient information. At the top left, there are two icons: a computer monitor and a "Plus ..." button. The form contains several fields: "Date" with a calendar icon and the value "12/09/2025"; "Prescripteur\*" with a search icon and the value "LALAMI, Gilliane"; "Chargé de Parcours Génomique" with a search icon and an empty field; and "Médecin référent du patient" with a search icon and an empty field. Below these are two rows of text: "Numéro de demande HYGEN KC-2500166" and "Date de demande HYGEN 12/09/2025". At the bottom, there are three tabs: "(1) Informations générales" (highlighted in blue), "(2) Antécédents", and "(3) Histoire de la maladie".

Date	12/09/2025	Prescripteur*	LALAMI, Gilliane
		Chargé de Parcours Génomique	
		Médecin référent du patient	
Numéro de demande HYGEN	KC-2500166		
Date de demande HYGEN	12/09/2025		

(1) Informations générales (2) Antécédents (3) Histoire de la maladie

Les trois personnes indiquées dans ces champs seront **autorisé à accéder au compte rendu biologique**

## Saisir l'onglet (1)

Compléter les champs d'informations de onglet (1)  
Tous les champs portant une **astérisque \*** sont **obligatoires**

Sélectionner « l'indication » (menu déroulant)

un test génétique ciblé préalable obligatoire

Date  Prescripteur\*

Chargé de Parcours Génomique

Médecin référent du patient

Numéro de demande HYGEN KC-2500166  
Date de demande HYGEN 12/09/2025

(1) Informations générales (2) Antécédents (3) Histoire de la maladie

**Consentement du patient à l'analyse génétique**

**Notice d'information**

1- Le patient autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés et des données générées par l'examen pour leur éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de la même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.  oui  non

2- Le patient autorise la conservation des échantillons biologiques non utilisés dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.  oui  non

3- Le patient autorise la conservation des données obtenues dans le cadre de la démarche diagnostique pour une éventuelle utilisation ultérieure dans un but de recherche.  oui  non

4- Le patient autorise la conservation de ses échantillons et de ses données anonymisés à des fins de mise au point technique interne au laboratoire.  oui  non

Récupérer le modèle pré-rempli (patient majeur)

**Vous devez obligatoirement joindre aux prélèvements une photocopie du consentement et en conserver l'original.**

Indication\*

Cette pré-indication est un élément déterminant pour le traitement de votre demande d'analyse génétique. Elle ne doit, en aucun cas, être modifiée une fois les échantillons transmis au laboratoire AURAGEN. Pour toute question, merci de contacter : secretariat@auragen.fr

Contexte de la demand\*  Examen de 1ère intention  Examen de 2ème intention

Etat actuel

Qu'attendez-vous du test prescrit\*

Le patient a-t-il déjà eu un test génétique somatique ou constitutionnel?\*  oui  non

Joindre un fichier




Possibilité de joindre le consentement et les CR des tests génétiques


Cliquer sur « Suite »


Saisir l'onglet (2)


Compléter les champs d'informations de onglet (2)

Saisir

Date  

Prescripteur\*  

Chargé de Parcours Génomique  

Numéro de demande HYGEN

Date de demande HYGEN

(1) Informations générales (2) Antécédents (3) Histoire de la maladie

**Antécédents notables du patient**

**Antécédents familiaux notables**

Champs non obligatoires  
-> Recommandé si ATCD de cancers  
du patient ou familiaux

Cliquer sur « Suite »

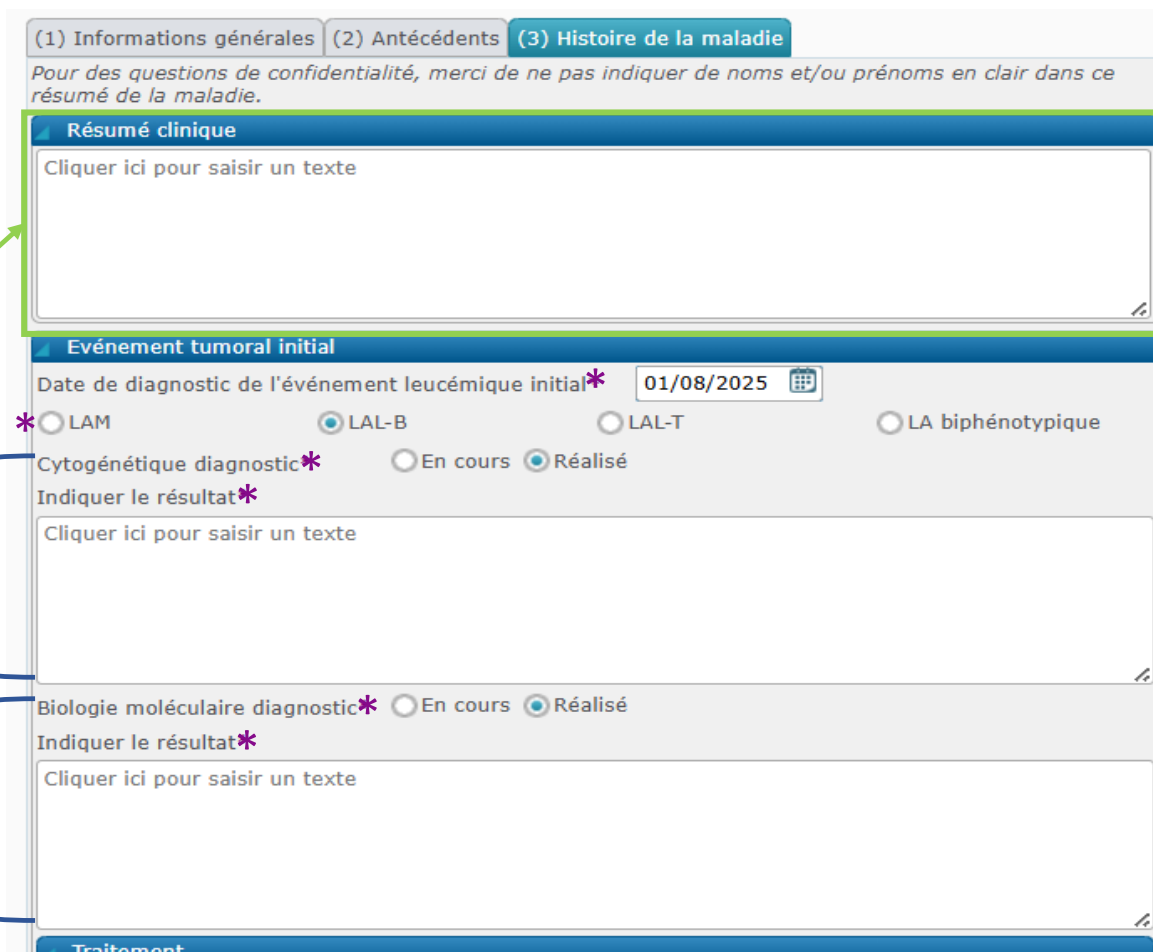
## Saisir l'onglet (3)

Compléter les champs d'informations de onglet (3)  
Tous les champs portant une **astérisque \*** sont **obligatoires**

Champ non obligatoire mais fortement recommandé

Si « Cytogénétique diagnostic » = réalisé  
Indiquer le résultat = Caryotype +/- FISH  
- Noter la formule chromosomique complète et la conclusion du compte-rendu.

Si « Biologie moléculaire diagnostic » = réalisé  
Indiquer le résultat = NGS  
Noter les noms des gènes mutés, la mutation (c. p.) et la fréquence allélique (VAF%).



(1) Informations générales (2) Antécédents (3) Histoire de la maladie

Pour des questions de confidentialité, merci de ne pas indiquer de noms et/ou prénoms en clair dans ce résumé de la maladie.

**Résumé clinique**  
Cliquez ici pour saisir un texte

**Événement tumoral initial**  
Date de diagnostic de l'événement leucémique initial\* 01/08/2025

\*  LAM  LAL-B  LAL-T  LA biphénotypique

Cytogénétique diagnostic\*  En cours  Réalisé  
Indiquer le résultat\*  
Cliquez ici pour saisir un texte

Biologie moléculaire diagnostic\*  En cours  Réalisé  
Indiquer le résultat\*  
Cliquez ici pour saisir un texte

**Traitement**

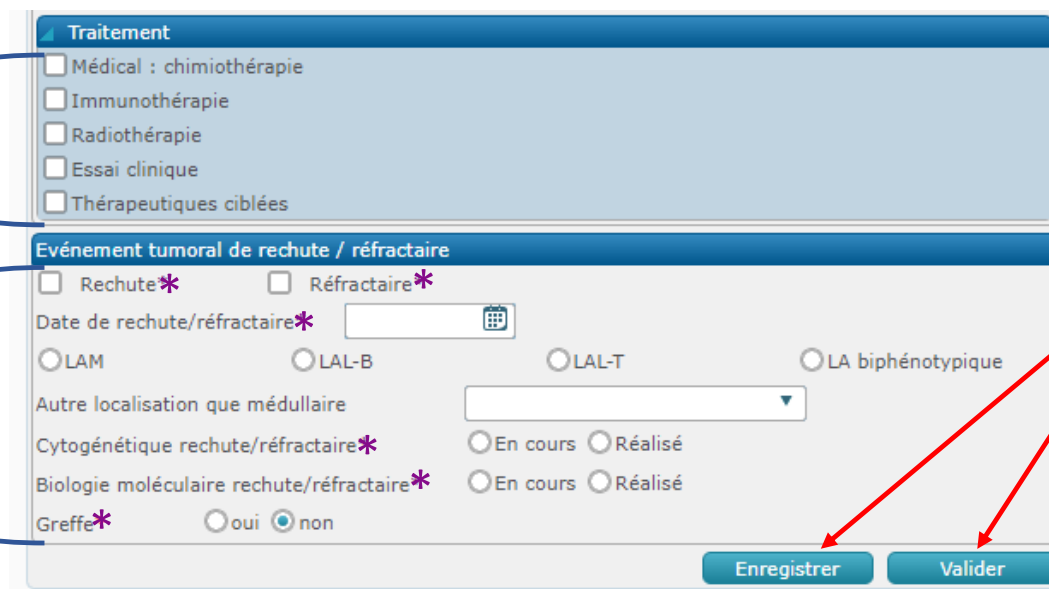
## Saisir l'onglet (3) - suite

Compléter les champs d'informations de onglet (3)

Tous les champs portant une **astérisque \*** sont **obligatoires**

Traitements reçus au diagnostic  
Non obligatoire pour la pré-indication  
« leucémies pédiatriques au diagnostic »

Si applicable : Description de l'évènement  
« rechute/réfractaire »



**Traitement**

- Médical : chimiothérapie
- Immunothérapie
- Radiothérapie
- Essai clinique
- Thérapeutiques ciblées

**Evénement tumoral de rechute / réfractaire**

- Rechute\*     Réfractaire\*
- Date de rechute/réfractaire\*
- LAM     LAL-B     LAL-T     LA biphénotypique
- Autre localisation que médullaire
- Cytogénétique rechute/réfractaire\*  En cours     Réalisé
- Biologie moléculaire rechute/réfractaire\*  En cours     Réalisé
- Greffe\*  oui     non

Enregistrer    Valider

Cliquer sur « Enregistrer » =  
Formulaire modifiable  
QUI? *Assistant prescripteur ou Prescripteur*  
**OU**  
Cliquer sur « Valider » =  
Formulaire non modifiable  
QUI? *Prescripteur : réglementairement seul le prescripteur peut valider. Cela engage sa responsabilité.*