



Département de Génétique – Pr. Catherine Boileau

HUPNVS – Hôpital Bichat Claude Bernard - 46 rue Henri Huchard - 75877 Paris cedex 18

LIEN VERS NOTRE CATALOGUE DES EXAMENS : [http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil\\_hupnvs.php](http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil_hupnvs.php)

**PATIENT (ou ETIQUETTE)**

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Sexe : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....

Etiquette patient avec NIP

**ORIGINE GEOGRAPHIQUE DU PATIENT**

Pays de naissance :  
Pays de naissance des parents :  
Pays de naissance des grands-parents maternels :  
Pays de naissance des grands-parents paternels :

**INDICATIONS CLINIQUES DE LA DEMANDE**

**DATE DU DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR PRIMITIVE** : .....

**MELANOME FAMILIAL** :  non  oui → **Nombre de cas** (+patient) :  
→ **QUI ?**

**MELANOME MULTIPLE** :  non  oui → **Nombre** : **Age 1<sup>er</sup> mélanome** :

**MELANOME ZNPE** (*zone non photo exposée*) :  non  oui

**MELANOME <25 ans** :  non  oui

**MELANOME + CANCER PANCREAS** : Chez le patient :  non  oui → **âge cancer du pancréas** :  
Dans la famille :  non  oui → **QUI ?**

**MELANOME + CANCER REIN** : Chez le patient :  non  oui → **âge cancer du rein** :  
Dans la famille :  non  oui → **QUI ?**

**MELANOME DE LA CHOROÏDE /OCULAIRE** : Chez le patient :  non  oui  
Dans la famille :  non  oui → **QUI ?**



**LOCALISATION et HISTOLOGIE DU/DES MELANOME(S)**

**MELANOME 1** : (joindre une copie du compte-rendu anatomopathologique)

Date/âge du diagnostic : .....

Localisation : .....

Type histologique :  SSM       Dubreuilh       Acrolentigineux       Nodulaire  
 Muqueuses       Spitzoïde       Inclassable

Niveau de Clark :       I     II     III     IV       non précisé

Indice de Breslow :      .....mm       in situ       non précisé

Ulcération :       non       oui

Signes de régression :       non       oui

Sur naevus congénital préexistant :       non       oui

**MELANOME 2** : (joindre une copie du compte-rendu anatomopathologique)

Date/âge du diagnostic : .....

Localisation : .....

Type histologique :       SSM       Dubreuilh       Acrolentigineux       Nodulaire  
 Muqueuses       Spitzoïde       Inclassable

Niveau de Clark :       I     II     III     IV       non précisé

Indice de Breslow :      .....mm       in situ       non précisé

Ulcération :       non       oui

Signes de régression :       non       oui

Sur naevus congénital préexistant :       non       oui

**EVOLUTION DU/DES MELANOME(S)**

Mélanome primitif connu :       non     oui

Stade initial :       I     II     III     IV

Lésion cutanée en transit ou récurrence totale :       non     oui      date diagnostic : .... / .... / ....

Atteinte ganglionnaire régionale :       non     oui

Date diagnostic de la 1<sup>ère</sup> atteinte :      .... / .... / ....

Ganglion sentinelle :       non     oui

Curage :       non     oui      Autre traitement :

Nombre de ganglions prélevés : .....      Nombre de ganglions métastatiques : .....

Métastases à distance :       non     oui

Métastase :       unique       multiple

Date diagnostic 1<sup>ère</sup>(s) métastase(s) :      .... / .... / ....

Localisation du/des métastase(s) : .....

Traitement du/des métastase(s) : .....



### CARACTERISTIQUES PIGMENTAIRES ET NAEVIQUES

|                            |                                 |  |  |  |                                |
|----------------------------|---------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| Type de peau :             | <input type="checkbox"/> Claire | <input type="checkbox"/> Intermédiaire         | <input type="checkbox"/> Mate          | <input type="checkbox"/> Jaune         | <input type="checkbox"/> Noire |
| Caractéristique des yeux : | <input type="checkbox"/> Clairs | <input type="checkbox"/> Foncés                | <b>Couleur :</b>                       |  |                                |
| Couleur des cheveux :      | <input type="checkbox"/> Blonds | <input type="checkbox"/> Roux                  | <input type="checkbox"/> Châtain clair | <input type="checkbox"/> Châtain foncé | <input type="checkbox"/> Noirs |
| Ephélides à l'enfance :    | <input type="checkbox"/> non    | <input type="checkbox"/> oui                   |  |  |                                |
| Naevus congénital :        | <input type="checkbox"/> non    | <input type="checkbox"/> oui → <b>Nombre :</b> |  |  |                                |
| Tache café au lait :       | <input type="checkbox"/> non    | <input type="checkbox"/> oui → <b>Nombre :</b> |  |  |                                |
| Nombre de naevus:          | <input type="checkbox"/> <10    | <input type="checkbox"/> 10-50                 | <input type="checkbox"/> 50-100        | <input type="checkbox"/> >100          |                                |
| Naevus atypique :          | <input type="checkbox"/> non    | <input type="checkbox"/> oui → <b>Nombre :</b> |  |  |                                |

### REACTIONS AU SOLEIL (phototype)

#### Après exposition au soleil sans protection

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Attrape toujours des coups de soleil, ne bronze jamais (I) | <input type="checkbox"/> |
| Attrape toujours des coups de soleil, bronze parfois (II)  | <input type="checkbox"/> |
| Attrape parfois des coups de soleil, bronze toujours (III) | <input type="checkbox"/> |
| N'attrape jamais de coups de soleil, bronze toujours (IV)  | <input type="checkbox"/> |

### TEMOINS D'EXPOSITION ET/OU DE PHOTSENSIBILITE

|                            |                              |                                |                 |    |     |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------|----|-----|
| Ephélides du dos           | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui → | +               | ++ | +++ |
| Elastose solaire du visage | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui → | +               | ++ | +++ |
| Kératose solaire           | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui → | <b>Nombre :</b> |    |     |

### EXPOSITION AU SOLEIL

|   |  |   |                                      |                                   |
|---|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Coups de soleil intenses</b>               | <i>Avant l'âge de 15 ans :</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |   |                                      |                                   |
|   | <i>Après l'âge de 15 ans :</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |   |                                      |                                   |
| <b>Exposition solaire au cours de la vie</b>  |  |   |                                      |                                   |
| <i>Avant l'âge de 15 ans</i>                  |  |   |                                      |                                   |
| *Pendant les vacances                         | <input type="checkbox"/> pas du tout   | <input type="checkbox"/> peu                | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup |
| *Pendant les loisirs, tout au long de l'année | <input type="checkbox"/> pas du tout   | <input type="checkbox"/> peu                | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup |
| <i>Après l'âge de 15 ans</i>                  |  |   |                                      |                                   |
| *Pendant les vacances                         | <input type="checkbox"/> pas du tout   | <input type="checkbox"/> peu                | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup |
| *Pendant les loisirs, tout au long de l'année | <input type="checkbox"/> pas du tout   | <input type="checkbox"/> peu                | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup |
| *Pendant votre activité professionnelle       | <input type="checkbox"/> pas du tout   | <input type="checkbox"/> peu                | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup |
| <b>Utilisation d'un écran solaire :</b>       | <input type="checkbox"/> jamais  | <input type="checkbox"/> parfois            | <input type="checkbox"/> toujours    |                                   |
| <b>Indice de l'écran solaire :</b>            | <input type="checkbox"/> <10 SPF   | <input type="checkbox"/> entre 10 et 30 SPF | <input type="checkbox"/> >30 SPF     |                                   |
| <b>PAYS ensoleillé avant l'âge de 15 ans</b>  | <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui                | <b>Durée :</b> ....mois              | <b>PAYS :</b> .....               |
| <b>PAYS ensoleillé après l'âge de 15 ans</b>  | <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui                | <b>Durée :</b> ....mois              | <b>PAYS :</b> .....               |
| <b>Utilisation de cabine à UV :</b>           | <input type="checkbox"/> non   | <input type="checkbox"/> oui                | <b>Fréquence :</b>                   |                                   |



## ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

Antécédents médico-chirurgicaux :

- 
- 
- 
- 
- 

**PARKINSON chez le patient** :  non  oui Age diagnostic :

**PARKINSON dans la famille** :  non  oui

Si oui, QUI ? AGE DIAGNOSTIC ?

- 
- 
- 

**TABAC (nombre de paquets par an)** : .....

**Autre(s) cancer(s)** :  non  oui  
Localisation :  
**Age diagnostic**

**Autre(s) cancer(s) dans la famille** :  non  oui

Si oui, QUI ? LOCALISATION ? AGE DIAGNOSTIC ?

- 
- 
- 
- 

**MERCI DE JOINDRE A VOTRE DEMANDE UN ARBRE GENEALOGIQUE**