

	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application	Date limite de validité
	IMPRIME	004	IM-LBM 034	11	20/09/2017	20/09/2020

## FEUILLE DE DEMANDE IMMUNO ANALYSE

EMETTEUR : DEPARTEMENT DE BIOPATHOLOGIE

Nom et prénom du patient :	Service prescripteur :
Nom de jeune fille :	
Date de naissance :	Téléphone du service :
Sexe :	Identité préleveur :
Adresse* :	
Date et heure du prélèvement :	

*\*joindre la photocopie de la liasse de soins pour la régularisation du dossier administratif*

**Nature de l'échantillon :**                      **SANG**                      **URINE**                      **AUTRE** (à préciser)

**Renseignements cliniques ( pathologie, traitement) :**

### 1 TUBE PAR ENCADRE GRAS

Tube héparine (bouchon vert)	cyfra
Tube EDTA (bouchon violet)	ACE    CA125                      CA 19.9                      CA15. 3
Tube à activateur de coagulation ou neutre (bouchon rouge ou marron)	PSA total                      PSA Libre                      SCC    TGs**    Ac antiTG
	Ag Aspergillaire*
	B12    folates plasmatique    T3L    T4L    TSH    calcitonine

\*Conservation du tube primaire non ouvert 24 heures à 2-8°C ou sérum décanté non congelé 48 heures à 2-8°C ; au-delà de 5 jours, à partir de sérum décanté congelé sous forme de 2 aliquots de serum de 350µL

\*\* conservation de l'échantillon à 4-8°C jusqu'à acheminement le jour même

Merci de faire signer le Formulaire de consentement patient pour une conservation d'échantillons biologiques au verso de la demande.

## RECOMMANDATIONS PRE-ANALYTIQUES

1. **Identitovigilance** : vérifier l'exactitude des données inscrites sur les étiquettes (nom marital, nom de jeune fille, prénom et date de naissance). Les tubes doivent être étiquetés par le préleveur lui-même.
2. **Identification de la feuille de demande et des échantillons** : s'assurer que la feuille de demande et tous les échantillons portent une étiquette identique.
3. **Indicateur du préleveur** : mentionner vos nom / prénom à des fins de traçabilité réglementaire (norme NF EN ISO 15189).
4. **Date et heure de prélèvement** : mentionner précisément la date ainsi que l'heure de prélèvement (norme NF EN ISO 15189).
5. **Prélèvement des échantillons** : le tube neutre à bouchon rouge peut être remplacé par un tube sec à bouchon marron. Concernant l'ordre de prélèvement des échantillons, le tube rouge ou marron est à ponctionner avant le tube vert.
6. **Délai de transmission et conditions d'acheminement** : tous les examens sont à acheminer le plus rapidement possible au laboratoire à température ambiante, sauf les examens repérés par un astérisque (\*) qui sont à adresser immédiatement dans la glace.

Le laboratoire inscrira dans les comptes rendus adressés au patient et/ou prescripteur les non-conformités par rapports aux points cités ci-dessus.



# FORMULAIRE CONSENTEMENT PATIENT

Conservation d'échantillons biologiques et / ou d'imagerie pour la réalisation d'études différées dans un intérêt individuel ou scientifique

Madame, Monsieur,

Votre prise en charge au Centre Henri-Becquerel nécessite de réaliser des prélèvements, des analyses et des images permettant un diagnostic et un traitement précis de la maladie dont vous êtes porteur.

### DEPARTEMENT DE BIOPATHOLOGIE

Tél : 02.32.08.25.76 - Fax : 02.32.08.25.66

#### **Chef de Département**

Dr Christian BASTARD

#### **Cadre de Département**

Elodie MARC

### Anatomie et cytologie pathologiques

Enregistrement n° 76105

anatomie.pathologie@chb.unicancer.fr

#### **Chef de service**

Dr Jean-Michel PICQUENOT

#### **Equipe médicale**

Dr Anca BERGHIAN

Dr Liana VERESEZAN

### Laboratoire biologie clinique

Autorisation n° 76-78024

biologie.clinique@chb.unicancer.fr

#### **Chef de service**

Dr Christian BASTARD

#### **Equipe médicale**

Dr Marion DAVID

Dr Anne PERDRIX

Dr Sylvie DALIPHARD

### Laboratoire génétique oncologique

Autorisation n° 760000166

oncogenetique@chb.unicancer.fr

#### **Chef de service**

Dr Christian BASTARD

#### **Equipe médicale**

Dr Pascaline ETANCELIN

Dr Dominique PENTHER

### DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE

Autorisation n° 760000166

Tél : 02.32.08.22.78 - Fax : 02.32.08.25.50

#### **Radiologie**

imagerie@chb.unicancer.fr

#### **Médecine Nucléaire**

medecine.nucleaire@chb.unicancer.fr

#### **Chef de département**

Pr Pierre VERA

#### **Cadre chargé de la Recherche Clinique**

Pierrick GOUEL

### DEPARTEMENT DE RADIOTHERAPIE

Autorisation n° 760000166

Tél : 02.32.08.24.70 - Fax : 02.32.08.25.04

radiotherapie@chb.unicancer.fr

#### **Chef de département**

Dr Ahmed BENOUCHEF

#### **Cadre de Département**

Philippe LE TALLEC

Une fois ces analyses effectuées, la conservation du reste des tissus prélevés et des images est importante :

- Pour rechercher éventuellement d'autres informations en fonction de nouvelles données scientifiques ou de l'évolution de votre maladie.
- Pour contribuer à une meilleure connaissance scientifique de votre maladie, pour permettre l'identification de nouveaux marqueurs, l'étude de gènes impliqués dans l'origine ou la progression de cette maladie, ou l'étude de certaines caractéristiques des images.

Au cas où le prélèvement n'aurait pas été utilisé en totalité, nous conserverons l'échantillon restant dans notre Centre de Ressources Biologiques.

Une autre partie pourra, sauf opposition de votre part, être utilisée pour la recherche médicale ou scientifique en cancérologie, dans le respect de la confidentialité de vos données clinico-biologiques. Vous pouvez exprimer cette opposition à tout moment auprès du service.

Pour conserver ces tissus et / ou ces images, pratiquer ces analyses et les confronter aux données médicales, votre accord nous est indispensable. Bien sûr, vous demeurez libre de revenir sur votre accord à tout moment, sans avoir à justifier cette décision, ce qui ne modifierait en rien les relations que vous avez avec votre médecin ou l'équipe soignante.

**Votre signature atteste du fait que vous avez été informé de cette procédure et que vous l'acceptez librement.**

Le médecin qui vous prend en charge au Centre Henri Becquerel est à votre disposition pour répondre à toute question concernant cette information.

.....

Etiquette patient

Nom  
Prénom  
Date de naissance  
IPP / N° CHB

Les dispositions légales concernant ce consentement sont décrites dans l'article R1131-4 du Code de Santé Publique. Nous vous rappelons que les données vous concernant peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et sont protégées par les dispositions de la loi «informatique et libertés » (Loi n°78-17 du Janvier 1978, modifiée). Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification.

Date d'information du patient : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

OUI, je suis d'accord

Nom du médecin :

NON, je ne suis pas d'accord

-----

Signature du patient  
ou de son représentant légal :

Signature du médecin :



Groupes des Centres de Lutte Contre le Cancer

## CENTRE HENRI-BECQUEREL

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE NORMANDIE - ROUEN  
Rue d'Amiens - CS 11516 - 76038 Rouen Cedex 1 - Tél. : 02 32 08 22 22

www.centre-henri-becquerel.fr