

Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 417	02	14/04/2020
DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE SOMATIQUE PAR LD-RTPCR				

EMETTEUR : ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Rue d'Amiens CS11516, 76038 ROUEN Cedex Secrétariat : 02.32.08.22.12 Fax : 02.32.08.25.66 Mail : anatomie.pathologique@chb.unicancer.fr

<p>PRESCRIPTEUR Nom, prénom, service : Tél / Fax : Signature :</p>	<p>DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU (si différent du prescripteur) Nom, prénom, service : Tél / Fax : Mail :</p>	<p>IDENTIFICATION PATIENT (étiquette) NIP : Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme</p>
<p>PRELEVEUR Nom, prénom : Fonction :</p>	<p>URGENT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ORIGINE : <input type="checkbox"/> Hospitalisation / Ambulatoire <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hors CHB</p>	
<p>Date de la demande :</p> <p>Numéro d'examen : Date de prélèvement :</p> <p><u>Prélèvement transmis</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Nb de lames blanches (10µ) : <input type="checkbox"/> x 6 si biopsie <input type="checkbox"/> x 3 si pièce opératoire / biopsie chirurgicale</p> <p><input type="checkbox"/> Lame HES correspondante et cellularité tumorale :%</p> <p><input type="checkbox"/> Nb de bloc(s) :</p>		
<p>DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES <i>Veillez joindre votre compte-rendu de pathologie et les lames représentatives</i></p>		
<p>ANALYSE DEMANDEE</p> <p><input type="checkbox"/> LD-RTPCR, transcrit de fusion: Tumeurs Tissus Mous / Os / Sarcomes</p> <p><input type="checkbox"/> LD-RTPCR, transcrit de fusion: Carcinomes Pulmonaires</p> <p><input type="checkbox"/> LD-RTPCR, transcrit de fusion: Autres Tumeurs Solides (préciser)</p> <p>Type de transcrit de fusion recherché :</p>		
<p>ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE: Prélèvement dans le cadre d'une étude <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom de l'étude.....</p>		
<p>PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Nb de lames reçues : Nb de blocs reçus : Date de réception : Heure de réception :h</p> <p>NON CONFORMITE : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Motif :</p> <p>Déclaration dans Process : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nom de l'approbateur de la NC : Nom du technicien déclarant :</p>		