Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 419	00	14/04/2020

DEMANDE D'ANALYSE PAR HYBRIDATION IN SITU INTERPHASIQUE

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

PRESCRIPTEUR
Nom, prénom, service :
……
……
Tél / Fax :……
Signature :

PRELEVEUR
Nom, prénom :……...
Fonction :……
Service :……..
Tél / Fax :……..

DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU
(si différent du prescripteur)
Nom, prénom, service :
……..
……
Tél / Fax :……
Mail : ……..

IDENTIFICATION PATIENT (étiquette)
NIP :……..
Nom usuel :……..
Nom de naissance :……...
Prénom :……..
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Date de la demande :……..

Numéro d'examen :…… Date du prélèvement :……

Prélèvement transmis :

☐ Nb de lames blanches (5µ) :……

☐ Lame HES correspondante et cellularité tumorale :……%

☐ Nb de bloc(s) :……..

URGENT : ☐ Oui ☐ Non

ORIGINE :

☐ Hospitalisation / Ambulatoire

☐ Consultation

☐ Hors CHB

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Veuillez joindre votre compte-rendu de pathologie et les lames représentatives

HYBRIDATION IN SITU INTERPHASIQUE

PANEL DE SONDES FISH

REARRANGEMENTS (FISSIONS)

☐ ***ALK***	☐ ***DDIT3 / CHOP***	☐ ***IGH***
☐ ***BCL2***	☐ ***DUSP22 / IRF4***	☐ ***MALT***
☐ ***BCL6***	☐ ***ETV6***	☐ ***MAML2***
☐ ***C-MYC***	☐ ***EWSR1***	☐ ***MYB***
☐ ***Cycline D1 (CCND1)***	☐ ***FUS***	☐ ***TFE3***
		☐ ***Autre***

AMPLIFICATIONS

☐ ***Her2***
☐ ***MDM2***
☐ ***C-MYC***
☐ ***Autre***

ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE : Prélèvement dans le cadre d'une étude ☐Non ☐Oui, nom de l'étude……

PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Nb de lames reçues :……Nb de blocs reçus :……
Date de réception :……Heure de réception :……..h ……

NON CONFORMITE : ☐ Non ☐ Oui Motif :……

Déclaration dans Process : ☐ Oui ☐ Non
Nom de l'approbateur de la NC :……Nom du technicien déclarant :……