

Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 419	01	12/03/2021
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 :	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 : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
PRELEVEUR Nom, prénom : Fonction : Service : Tél / Fax :		

Date de la demande : Numéro d'examen : Date du prélèvement : Prélèvement transmis : <input type="checkbox"/> Nb de lames blanches (5µ) : <input type="checkbox"/> Lame HES correspondante et cellularité tumorale :% <input type="checkbox"/> Nb de bloc(s) :	URGENT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ORIGINE <input type="checkbox"/> Hospitalisation / Ambulatoire <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Hors CHB
--	---

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

**HYBRIDATION IN SITU INTERPHASIQUE
 PANEL DE SONDAS FISH**

REARRANGEMENTS (FISSIONS)	AMPLIFICATIONS
<input type="checkbox"/> <i>ALK</i> <input type="checkbox"/> <i>IGH</i> <input type="checkbox"/> <i>MAML2</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre</i> <input type="checkbox"/> <i>BCL2</i> <input type="checkbox"/> <i>DUSP22 / IRF4</i> <input type="checkbox"/> <i>MYB</i> <input type="checkbox"/> <i>BCL6</i> <input type="checkbox"/> <i>ETV6</i> <input type="checkbox"/> <i>PDGFB</i> <input type="checkbox"/> <i>C-MYC</i> <input type="checkbox"/> <i>EWSR1</i> <input type="checkbox"/> <i>SS18</i> <input type="checkbox"/> <i>Cycline D1 (CCND1)</i> <input type="checkbox"/> <i>FUS</i> <input type="checkbox"/> <i>TFE3</i> <input type="checkbox"/> <i>DDIT3 / CHOP</i> <input type="checkbox"/> <i>MALT</i> <input type="checkbox"/> <i>1p36/1q25</i>	<input type="checkbox"/> <i>Her2</i> <input type="checkbox"/> <i>MDM2</i> <input type="checkbox"/> <i>C-MYC</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre</i>

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 :