

GROUPE HOSPITALIER SAINT- LOUIS – LARIBOISIERE – F. WIDAL

Contacts :

Dr V. MEIGNIN, SERVICE DE PATHOLOGIE Hôpital Saint Louis, 1 av C. Vellefaux-75475 Paris– T : 0142499933 / F : 0142494576

Dr J. LEHMANN-CHE, SERVICE DE BIOCHIMIE Hôpital Saint Louis, 1 av C. Vellefaux-75475 Paris– T : 0142499931 / F : 0142499247

**BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE :
GENOTYPAGE EGFR**

PATIENT	☐ Monsieur	☐ Madame
Nom :	Né(e) :	
Prénom :	Date de naissance :	

PATHOLOGISTE DEMANDEUR
NOM :
ADRESSE :

EXAMEN DEMANDE :
CONTEXTE DE LA DEMANDE :
DATE DE LA DEMANDE :

MATERIEL TRANSMIS	
FIXATEUR UTILISE** : DUREE DE FIXATION :	
Diagnostic anatomo-pathologique : (double compte-rendu)	
Type de prélèvement :	
Référence Laboratoire :	Date du prélèvement :
Nature (coupes, blocs, lames....) :	
** PAS DE BOUIN	

PRECISER DANS LA ZONE SELECTIONNEE POUR ANALYSE		
% de noyaux de cellules tumorales :		
% de noyaux de cellules non tumorales :		
% superficie de plages acellulaires	nécrose :	fibrose :
Pathologiste validant l'analyse morphologique :		

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises)
Nom :
Adresse :

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT

* A leur convenance, les laboratoires peuvent rajouter ici (à la suite) des Items spécifiques à leur laboratoire.