

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE
(BICHAT - LOUIS MOURIER - BEAUJON -BRETONNEAU - RICHEL)**

46, RUE HENRI HUCHARD, 75877 PARIS Cedex 18

STANDARD : 01 40 25 80 80 INTERNATIONAL : 331 40 25 83 05

DEPARTEMENT DE GENETIQUE (Pr B.GRANDCHAMP) - **CONTACT** : DR N. THEOU-ANTON - DR J.LAMORIL - Pr. N. SOUFIR TEL SECRETARIAT : 01 40 25 88 51/FAX : 01.40.25.87.85

DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE (Pr. P. BEDOSSA) - **CONTACT** : Pr.A COUVELARD (BICHAT - TEL : 01 40 25 80 03) - DR N.GUEDJ (BEAUJON - TEL : 01 40 87 54 59) - DR M.GROSSIN (LOUIS MOURIER - TEL : 01 47 60 62 61)

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE

PATIENT (ou ETIQUETTE)	☐ Monsieur	☐ Madame
Nom :	Née :	
Prénom :	Date de naissance :	

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

NOM :

ADRESSE :

Tél : Fax :

PRESCRIPTION

DATE DE LA DEMANDE :/...../..... CONTEXTE DE LA DEMANDE : Urgent : ☐ oui ☐ non

Cochez-ici

- ☐ Recherche d'une instabilité de microsatellite (MSI)/ phénotype RER
- ☐ Recherche de mutations du gène KRAS exon 2 (dont codon 12 et 13) et exon 3 (dont codon 61)
- ☐ Recherche de mutations du gène NRAS exon 2 (dont codon 12 et 13) et exon 3 (dont codon 61)
- ☐ Recherche de mutations du gène PI3KCA exon 9 et 20
- ☐ Recherche de mutations du gène BRAF exon 11 et 15 (dont V600E)
- ☐ Recherche de mutations du gène CKIT exon 9, 10, 11, 13 et 17
- ☐ Recherche de mutations du gène EGFR exon 18, 19, 20 et 21

ORIGINE DU PRELEVEMENT

Merci de joindre une copie du compte rendu anapath

☐ Colon	☐ Poumon	☐ Mélanome	Autre :
N° de CR anapath et n° de bloc :			
% de cellules tumorales :			
Type histologique de la tumeur :			
Type de prélèvement : ☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire ☐ Cytologie (culot) ☐ Autres :			
☐ Tissu fixé (bloc paraffine) :			
COLON, POU MON ou MELANOME			
☐ Si >30% de cellules tumorales : 10 coupes de 10µm (copeaux dans un tube).			
☐ Si <30% de cellules tumorales : 10 coupes de 10µm sur lames. Cercler la zone d'intérêt avant envoi (+1HPS annoté).			
☐ Tissu congelé : Faire 10 coupes de 10 µm de tissu congelé minimum (ou environ 3 à 5 mm3) dans un cryotube (à envoyer dans la carboglace ou l'azote).			

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises)

NOM :

ADRESSE :

Tél : Fax :