ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PLATE FORME ONCOMOLPATH

GROUPE HOSPITALIER COCHIN – HOTEL DIEU – ST VINCENT DE PAUL - BROCA
SITE HOTEL-DIEU

1 place du Parvis Notre Dame, 75004 Paris

Contact : Pr Diane DAMOTTE, SERVICE DE PATHOLOGIE Hôpital Hôtel-Dieu– Tel secrétariat : 01 42 34 87 13

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE

PATIENT(ou étiquette à coller)	☐ **Monsieur**	☐ **Madame**
Nom :	Née :	
Prénom :	Date de naissance :	
Adresse de facturation :		

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

NOM :……

ADRESSE :……

EXAMEN DEMANDE : ☐ **Expression de la protéine HER2 (IHC)** ☐ **SISH HER2**

MOTIF DE LA DEMANDE : Patient métastatique ☐ Oui : …… ☐ Non : ……

DATE DE LA DEMANDE :……

MATERIEL TRANSMIS : DOUBLE DU COMPTE-RENDU A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA DEMANDE

FIXATEUR UTILISE**: ☐Formol ☐Formol neutre ☐AFA ☐Autres (préciser): …… ** PAS DE BOUIN

DECALCIFICATION : ☐ Non ☐ Oui (préciser la méthode) : ……..

Type de prélèvement **:** ☐ **Biopsie** ☐ **Pièce opératoire**

Site du prélèvement (organe) : ☐ **Sein** ☐ **Estomac** ☐ **Autre : à préciser**

Diagnostic histologique :

Référence Laboratoire : Date du prélèvement :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

1. Bloc paraffine ☐ HES ☐
2. IHC HER2 pour les demandes de FISH *HER2* ☐
3. Compte-rendu histologique ☐ et d'immunohistochimie HER2 (en cas de demande de FISH) ☐

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises) : ORDONNANCE A JOINDRE

Nom : ……

Adresse : ……

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT

Voir fiche pratique