

GROUPE HOSPITALIER AVICENNE – JEAN VERDIER – RENE MURET

Contacts :

Pr O. SCHISCHMANOFF, service de BIOCHIMIE, Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 BOBIGNY – T : 0 1 4 8 9 5 5 6 2 4 / F : 0 1 4 8 9 5 5 6 2 7

Dr C. LAGORCE, service de PATHOLOGIE, Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 BOBIGNY – T : 0 1 4 8 9 5 5 6 0 7 / F : 0 1 4 8 9 5 5 6 0 2

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE

PATIENT

☐ Monsieur

☐ Madame

Nom :

Née :

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 : (ou double compte-rendu)

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 colloïde :

nécrose :

fibrose :

Pathologiste validant l'analyse morphologique :

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises)

Nom :

Adresse :

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT