

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE - HOPITAL BEAUJON**

100, BOULEVARD DU GENERAL LECLERC, 92110 CLICHY CEDEX Standard : 01 40 87 50 00 - International : 33 1 40 87 50 00

**LABORATOIRE DE BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE (PR M. VIDAUD)**

Contact : Dr D.VIDAUD ou N.THEOU-ANTON - tel : 01 40 87 51 83/Fax 01 40 87 53 84

**SERVICE DE PATHOLOGIE (PR P. BEDOSSA)**

Contact : Dr N.GUEDJ - tel secrétariat : 01 40 87 54 59 /Fax: 01 40 87 00 77

**BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN GENETIQUE MOLECULAIRE**

<b>PATIENT</b>	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame
Nom :	Née :	
Prénom :	Date de naissance :	

**PATHOLOGISTE DEMANDEUR**

NOM : .....

ADRESSE : .....

Tél : ..... Fax : .....

**EXAMEN DEMANDE** : Colon :  Poumons :  Autre : .....

**Cochez-ici**

- Recherche mutations du gène KRAS exon 2 et 3
- Recherche mutations du gène KRAS exon 2 et 3
- Recherche mutations du gène PI3KCA exon 9 et 20
- Recherche mutations du gène BRAF exon 11 et 15
- Recherche mutations du gène EGFR exon 18, 19, 20 et 21
- Recherche phénotype RER (MSI)

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

**MATERIEL TRANSMIS** : *Merci de joindre une copie du compte rendu anapath*

**FIXATEUR UTILISE** (sauf liquide de Bouin et ceux à base acide picrique) : .....

N° de dossier et n° de bloc transmis : .....

Type de prélèvement :  Biopsie  Pièce opératoire  Autres : .....

Nature (coupes, blocs, lames....) : .....

**PRECISER DANS LA ZONE SELECTIONNEE POUR ANALYSE**

**% de noyaux de cellules tumorales :**

% superficie de plages acellulaires      colloïde :                      nécrose :                      fibrose :

Pathologiste validant l'analyse morphologique :

**CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises)**

NOM : .....

ADRESSE : .....

Tél : ..... Fax : .....

**RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT**

Voir fiche pratique