ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PLATE FORME ONCOMOLPATH

GROUPE HOSPITALIER STARTT
(SAINT-ANTOINE – ROTHSCHILD – TENON - TROUSSEAU)

SITE HOPITAL TENON - 4, rue de la Chine 75020 PARIS

DEPARTEMENT DE GENOMIQUE DES TUMEURS SOLIDES (PR R. LACAVE)
CONTACTS : Pr Roger LACAVE, Virginie POULOT, Sylvain HUGONIN
TEL LABORATOIRE : 01 56 01 65 15 / 88 29 / **TEL SECRETARIAT :** 01 56 01 78 79

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE :

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

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

NOM :……

ADRESSE:……

EXAMEN DEMANDE : **RECHERCHE DE MUTATION DU GENE BRAF**

MOTIF DE LA DEMANDE : ☐ Stratégie / Adaptation thérapeutique ☐ Dépistage
☐ Autre : ……

DATE DE LA DEMANDE ……

MATERIEL TRANSMIS : DOUBLE DU COMPTE-RENDU ET LAME HES A JOINDRE A LA DEMANDE

FIXATEUR UTILISE* : ☐Formol ☐Formol neutre ☐AFA ☐Autres (préciser): …….. * PAS DE BOUIN
DECALCIFICATION : ☐non ☐oui (préciser la méthode) : ……
Type de prélèvement : ☐ Cytologie ☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire
Site du prélèvement (organe) : …… Date du prélèvement : ……
Référence Laboratoire :…… Diagnostic histologique : ……
Nature (coupes, blocs, lames….) :

PRECISER DANS LA ZONE SELECTIONNEE POUR ANALYSE (prélèvement le plus tumoral possible)

% de noyaux de cellules tumorales :
Commentaire (nécrose, fibrose, substance colloïde….) :

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises) : ORDONNANCE A JOINDRE

Nom : ……

Adresse : ……

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT :

Voir fiche pratique