ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PLATE FORME ONCOMOLPATH

GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ALBERT CHENEVIER - HENRI MONDOR
51 AVENUE DU MARECHAL DE LATTRE DE TASSIGNY - 94010 CRETEIL Cedex

Contact : DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE, tel secrétariat : 01 49 81 27 28
Pr Karen LEROY (Oncologie Moléculaire), Dr Marie-Luce AURIAULT (Pathologie Digestive)

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 KRAS (adénocarcinome du colon)**

MOTIF DE LA DEMANDE : ☐ Stratégie / Adaptation thérapeutique (patient métastatique) ☐ 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
Type de prélèvement : ☐ Cytologie ☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire
Site du prélèvement (organe) : Diagnostic histologique :
Référence Laboratoire : Date du prélèvement :
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