

GROUPE HOSPITALIER STARTT

(SAINT-ANTOINE – ROTHSCHILD – TENON - TROUSSEAU)

SITE SAINT-ANTOINE 184, rue du Faubourg Saint-Antoine - 75571 PARIS Cedex 12

SERVICE DE PATHOLOGIE : Pr JF.Fléjou - Dr P.Cervera

Secrétariat : 01 49 28 21 77

GENETIQUE MOLECULAIRE : Dr O. Lascols - Dr P.Cervera

Secrétariat : 01 49 28 28 09

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE

PATIENT

☐ Monsieur

☐ Madame

Nom : Née :

Prénom : Date de naissance : __ / __ / ____

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

NOM :

ADRESSE :

EXAMEN DEMANDE :

MUTATION cKIT et PDGFRA

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

DATE DE LA DEMANDE : __ / __ / ____

MATERIEL TRANSMIS : Double du compte-rendu et Lame HES à JOINDRE A LA DEMANDE

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

Type de prélèvement : ☐ 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

% de noyaux de cellules tumorales :

% superficie de plages acellulaires nécrose : fibrose :

Pathologiste validant l'analyse morphologique :

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises) : ORDONNANCE A JOINDRE

Nom :

Adresse :

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT

Voir fiche pratique