

GROUPE HOSPITALIER PITIÉ-SALPÉTRIÈRE – CH. FOIX – J.ROSTAND

47-83, boulevard de l'Hôpital - 75651 PARIS Cedex 13

UNITÉ FONCTIONNELLE D'ONCOGENETIQUE MOLECULAIRE (Pr F.SOUBRIER) - CONTACT : DR F.COULET - TEL

SECRETARIAT: 01 42 17 76 64 / FAX : 01 42 17 76 18

SERVICE DE PATHOLOGIE (Pr F.CAPRON) - CONTACT : DR A.BARDIER DUPAS - TEL SECRETARIAT : 01 42 17 77 73/ FAX: 01 42 17 77 77

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE

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

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

NOM :

ADRESSE :

EXAMEN DEMANDE :

CONTEXTE DE LA DEMANDE :

DATE DE LA DEMANDE :

MATERIEL TRANSMIS

FIXATEUR UTILISÉ** : 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 RÉFÉRENT (coordonnées précises)

Nom :

Adresse :

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT

.....

* A leur convenance, les laboratoires peuvent rajouter ici (à la suite) des Items spécifiques à leur laboratoire.