

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 KRAS**

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