

**HOPITAL COCHIN**  
**Service d'Anatomie Pathologique**  
**27 rue du Faubourg Saint-Jacques, 75679 Paris Cedex 14**

Contacts : Service d'Anatomie Pathologique, Pr B. TERRIS, Dr F. BEUVON ; Tél : 01 58 41 22 77/Fax : 01 58 41 14 80

**BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE**

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

**PATHOLOGISTE DEMANDEUR**

NOM : .....

ADRESSE : .....

**EXAMEN DEMANDE :**    KRAS       BRAF       MSI

---

CONTEXTE DE LA DEMANDE : .....

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 du bloc communiqué :** .....      Date du prélèvement :

**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