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 : Dr Christiane COPIE (FISH), Dr Marie-Luce AURIAULT (IHC)
tel secrétariat : 01 49 81 27 28

BON DE DEMANDE D'EXAMEN EN ONCOLOGIE MOLECULAIRE :

PATIENT (ou étiquette à coller)	☐ **Monsieur**	☐ **Madame**
Nom :		Née :
Prénom :		Date de naissance :
Adresse (pour facturation):		

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

NOM :……

ADRESSE:……

EXAMEN DEMANDE : ☐ Expression de la protéine HER2 (IHC) ☐ FISH HER2

MOTIF DE LA DEMANDE : Patient métastatique ☐ Oui : …… ☐ Non : ……

DATE DE LA DEMANDE :……

MATERIEL TRANSMIS : DOUBLE DU COMPTE-RENDU A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA DEMANDE

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

DECALCIFICATION : ☐ non ☐ oui (préciser la méthode) : ……..

Type de prélèvement **:** ☐ **Biopsie** ☐ **Pièce opératoire**

Site du prélèvement (organe) : ☐ **Sein** ☐ **Estomac** ☐ **Autre : à préciser**

Diagnostic histologique :

Référence Laboratoire : Date du prélèvement :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

1. Bloc paraffine ☐ HES ☐
2. IHC HER2 pour les demandes de FISH *HER2* ☐
3. Compte-rendu histologique ☐ et d'immunohistochimie HER2 (en cas de demande de FISH) ☐

CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises) : ORDONNANCE A JOINDRE

Nom : ……

Adresse : ……

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT

Voir fiche pratique