

**GROUPE HOSPITALIER NECKER - ENFANTS MALADES  
LABORATOIRE CENTRAL D'HEMATOLOGIE**

**Tour Pasteur - 2ème étage - 149, rue de Sèvres - 75743 PARIS Cedex 15**

**Contacts :**

Pr. E.MACINTYRE 01 44 49 49 47 ([elizabeth.macintyre@nck.aphp.fr](mailto:elizabeth.macintyre@nck.aphp.fr)) Secrétariat:01 44 49 49 42/Fax:01 44 38 16 21  
Dr. V.ASNAFI 01 44 49 49 24 ([vahid.asnafi@nck.aphp.fr](mailto:vahid.asnafi@nck.aphp.fr))  
Dr. C.CALLENS 01 44 49 49 41 ([celine.callens@nck.aphp.fr](mailto:celine.callens@nck.aphp.fr))

**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 :	

**DEMANDEUR**

NOM : .....  
SERVICE : .....  
ADRESSE:.....

**EXAMEN DEMANDE :** .....  
DATE DE PRELEVEMENT : .....  
CONTEXTE DE LA DEMANDE : .....  
DATE DE LA DEMANDE : .....  
PROTOCOLE : .....  
TRAITEMENT : .....

**MATERIEL TRANSMIS**

Echantillon de Diagnostic :  rechute :  Suivi :   
SANG :  Moelle :   
TISSU : .....  
FIXATEUR UTILISE\*\* : 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 :

**GROUPE HOSPITALIER NECKER - ENFANTS MALADES  
LABORATOIRE CENTRAL D'HEMATOLOGIE**

**Tour Pasteur - 2ème étage - 149, rue de Sèvres - 75743 PARIS Cedex 15**

**Contacts :**

Pr. E.MACINTYRE 01 44 49 49 47 ([elizabeth.macintyre@nck.aphp.fr](mailto:elizabeth.macintyre@nck.aphp.fr)) Secrétariat:01 44 49 49 42/Fax:01 44 38 16 21  
Dr. V.ASNAFI 01 44 49 49 24 ([vahid.asnafi@nck.aphp.fr](mailto:vahid.asnafi@nck.aphp.fr))  
Dr. C.CALLENS 01 44 49 49 41 ([celine.callens@nck.aphp.fr](mailto:celine.callens@nck.aphp.fr))

**CLINICIEN REFERENT (coordonnées précises)**

Nom : .....

Adresse : .....

**RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DELAI DE RENDU DE RESULTAT**

*Prélèvements sur EDTA; (minimums : 20 ml de sang et/ou 1 à 2 ml de moelle).*

*Le prélèvement doit parvenir au laboratoire sous 24 h et avant 14 h le vendredi et veille de fêtes.*

*Pour tout service extérieur à l'AP-HP : BON DE COMMANDE OBLIGATOIRE*

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