

Prescription d'analyse de biomarqueurs

Partie à remplir par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

Identification PATIENT (ou étiquette)	
Nom :	
Nom de jeune fille :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	Sexe : F - M
Adresse :	
Code Postal : Ville :	

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR (ou tampon)	
Nom/ Prénom :	
Coordonnées :	
Tel :	
Fax :	
Signature :	

Type histologique :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tumeur pulmonaire non épidermoïde non à petites cellules | <input type="checkbox"/> GIST |
| <input type="checkbox"/> Tumeur colorectale | <input type="checkbox"/> Tumeur du sein |
| <input type="checkbox"/> Mélanome de Dubreuilh/acro-lentigineux/ origine primitive inconnue | <input type="checkbox"/> Cancer de l'ovaire |
| <input type="checkbox"/> Mélanome | <input type="checkbox"/> Autre : |

Analyse demandée :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs poumon (EGFR, KRAS, BRAF, HER2, IHC/FISH ALK...) | <input type="checkbox"/> Biomarqueurs GIST (KIT / PDGFRA) |
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs colorectaux (KRAS, BRAF, NRAS...) | <input type="checkbox"/> HER2 (IHC + FISH) |
| <input type="checkbox"/> RER/MSI (Recherche d'un syndrome de Lynch) | <input type="checkbox"/> PDL1 (IHC) |
| <input type="checkbox"/> RER/MSI (Recherche à visée thérapeutique) | <input type="checkbox"/> T790M (EGFR + FISH MET) |
| <input type="checkbox"/> Biomarqueurs mélanome (BRAF, NRAS...) | <input type="checkbox"/> BRCA1/2 somatique (NGS) |
| <input type="checkbox"/> KIT (Mélanomes de Dubreuilh/acro-lentigineux/origine inconnue) | <input type="checkbox"/> Autre : |

Stade avancé ou métastatique : Oui Non Non connu

Référence du prélèvement : n° Date :/...../.....

Date de prescription :/...../.....

Partie à remplir par le pathologiste et à transmettre au département de biopathologie

Rappels : une copie du CR anapath initial est à joindre impérativement

Adresser impérativement 1 lame colorée représentative du bloc transmis

Identification LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIE (ou tampon)

Matériel envoyé : Pièce opératoire Biopsie Cytoponction

Organe ou région :

Etat tumoral : Tumeur primitive Métastase

Référence du bloc envoyé :

Nombre et type de lame(s) envoyée(s) : HPS IHC

Type de fixateur utilisé : Formol
 Autre :

Date d'envoi au département de Biopathologie :/...../.....

Partie réservée au département de biopathologie :

Date de réception de la demande :	Type histologique :
N° d'acte sélectionné :	ADN extrait à partir de : <input type="checkbox"/> Grattages <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> Punch
N° du bloc sélectionné :	Macrodissecté le : Par :
Lames FISH coupées le : Par :	

Pathologiste qui a évalué le % de cellules tumorales :

Estimation rapport cellules tumorales/ cellularité totale de la zone sélectionnée :%

Commentaires :

Date de transmission en biologie moléculaire :