



Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 419	06	12/02/2024

DEMANDE D'ANALYSE PAR HYBRIDATION IN SITU INTERPHASIQUE

EMETTEUR : ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Rue d'Amiens CS11516, 76038 ROUEN Cedex Secrétariat : 02.32.08.22.12 Fax : 02.32.08.25.66 Mail : secretariat.acp@chbmssante.fr

PRESCRIPTEUR Nom, prénom, service : Tél / Fax : Signature :	DESTINATAIRE DU COMPTE-RENDU (si différent du prescripteur) Nom, prénom, service : Tél / Fax : Mail :	IDENTIFICATION PATIENT (étiquette) NIP : Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
PRELEVEUR Nom, prénom : Fonction : Service : Tél / Fax :		

Date de la demande :	URGENT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro d'examen : Date du prélèvement :	ORIGINE
<u>Prélèvement transmis :</u>	<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Ambulatoire
<input type="checkbox"/> Nb de bloc(s) :	<input type="checkbox"/> Consultation
<input type="checkbox"/> Nb de lames blanches (5µ) :	<input type="checkbox"/> Hors CHB
<i>Veuillez associer la lame HES correspondante pour l'interprétation de la FISH</i>	

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Veuillez joindre votre compte-rendu de pathologie, un bloc et les lames représentatives (HES et immunohistochimies)

HYBRIDATION IN SITU INTERPHASIQUE			
PANEL DE SONDAS FISH			
REARRANGEMENTS (FISSIONS)		AMPLIFICATIONS	
<input type="checkbox"/> ALK	<input type="checkbox"/> IGH	<input type="checkbox"/> MALT	<input type="checkbox"/> TFE3
<input type="checkbox"/> BCL2	<input type="checkbox"/> DUSP22 / IRF4	<input type="checkbox"/> MAML2	<input type="checkbox"/> 1p36/1q25
<input type="checkbox"/> BCL6	<input type="checkbox"/> ETV6	<input type="checkbox"/> MYB	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> C-MYC	<input type="checkbox"/> EWSR1	<input type="checkbox"/> PDGFB	<input type="checkbox"/> Her2
<input type="checkbox"/> Cycline D1 (CCND1)	<input type="checkbox"/> FUS	<input type="checkbox"/> PLAG1	<input type="checkbox"/> MDM2
<input type="checkbox"/> DDIT3 / CHOP	<input type="checkbox"/> HMGA2	<input type="checkbox"/> SS18	<input type="checkbox"/> C-MYC
			<input type="checkbox"/> Autre

ESSAI / ETUDE / PROTOCOLE CLINIQUE : Prélèvement dans le cadre d'une étude Non Oui, nom de l'étude.....

PARTIE RESERVEE AU SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Nb de lames reçues : Nb de blocs reçus :
Date de réception : Heure de réception : h

NON CONFORMITE : Non Oui Motif :

Déclaration dans Process : Oui Non
Nom de l'approbateur de la NC : Nom du technicien déclarant :