Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 417	09	12/02/2024

DEMANDE D'EXAMEN DE GENETIQUE SOMATIQUE PAR NGS (RNA SEQ CIBLE PAR LD-RT-PCR)

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 :

PRELEVEUR
Nom, prénom : ……
Fonction :……

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 : ☐ Femme ☐ Homme

Date de la demande : ……

Numéro d'examen : …….. Date de prélèvement : ……

Prélèvement transmis : *Veuillez transmettre de préférence un bloc (à défaut des copeaux en tube et une lame HE) pour l'interprétation*

☐Nb de bloc(s) : ……

☐Nb de copeaux (10µ) : ……. ☐x 6 si biopsie

☐x 3 si pièce opératoire / biopsie chirurgicale

Veuillez associer la lame HES correspondante (cellularité tumorale : ……%) pour l'interprétation.

URGENT ☐ Oui ☐ Non

ORIGINE

☐ Hospitalisation / Ambulatoire

☐ Consultation

☐ Hors CHB

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

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

ANALYSE DEMANDEE

☐ **LD-RTPCR- NGS, transcrit de fusion: Tumeurs Tissus Mous / Os / Sarcomes**
☐ **LD-RTPCR- NGS, transcrit de fusion impliquant (*ALK, RET, NTRK1,2,3, ROS1)***
☐ **LD-RTPCR- NGS, transcrit de fusion: Tumeurs rares ORL**
☐ **LD-RTPCR- NGS, transcrit de fusion: Tumeurs et sarcomes gynécologiques**
☐ **LD-RTPCR- NGS, transcrit de fusion: Autres Tumeurs Solides (préciser)**
☐ **LD-RTPCR- NGS, transcrit de fusion: Lymphomes T**

Type de transcrit de fusion recherché :

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 :……..