Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 435	02	12/02/2024

DEMANDES DE NUMERISATION

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

PATHOLOGISTE
Nom, prénom, service :
……..
……..
Tél / Fax :……
Mail : ……
Signature :

DESTINATAIRE DES IMAGES
(si différent du pathologiste)
Nom, prénom, service :
……
……
Tél / Fax :……
Mail :……

Date de la demande :

Numérisation fond clair (3DHISTECH)	**Numérisation par fluorescence (Excilone)**
☐ **Scan Histologie X20**	
☐ **Scan Histologie X40**	
☐ **Scan Cytologie X20 (Z-stack=7)**	
☐ **Scan Cytologie X40 (Z-stack=7)**	

N° Examen	N° Bloc	Nb lame(s) HE	Lames Immunohistochimie/ colorations spéciales		Lames Hybridation chromogénique (ISH)		Lames FISH		Commentaires
			Nb de lame(s)	Marqueur	Nb de lame(s)	Marqueur ☐Her2 DDISH ☐HPV ☐EBV	Nb de lame(s)	Marqueur	

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

DEVIS