Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Date d'application
IMPRIME	004	IM-ACP 441	03	12/02/2024

DEMANDE D'EXAMEN DE SIGNATURE GENOMIQUE (CANCER DU SEIN)

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 / bloc :……..... Date de prélèvement :……

Prélèvement transmis :

☐ 20 lames blanches (10µ) + HES

☐ Nb de bloc(s) :……

URGENT : ☐ Oui ☐ Non

ORIGINE :

☐ Hospitalisation / Ambulatoire

☐ Consultation

☐ Hors CHB

DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Carcinome mammaire infiltrant : ☐ Droit ☐ Gauche

RO : RP : Her2 :

Grade SBR / EE :

Taille tumorale :

Statut ganglionnaire :

ANALYSE DEMANDEE

Pathologiste demandeur :

☐ Oncotype DX

☐ Mammaprint / Blue Print

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

PARTIE RESERVEE AU SERVICE DE PATHOLOGIE

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 :……