

<b>STATUT DU GENE</b> (cocher la case)	<b>FEUILLE DE PRESCRIPTION – BON DE COMMANDE</b> <b>STATUT D'UN GENE</b>									
<p><b>HER2 (IHC/FISH)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Biomarqueurs mélanome</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Biomarqueurs colon</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>MSI</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Biomarqueurs poumon</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>ALK</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>ROS1</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>PDL-1</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>FoxL2</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>BRCA tumoral somatique</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Autres (préciser)</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Adresser au Laboratoire de Pathologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette prescription dûment complétée +/- ordonnance prescripteur</li> <li>• Un bloc tumoral le plus riche possible en cellules tumorales</li> <li>• La copie du compte-rendu anatomopathologique</li> </ul> <p><b><u>RENSEIGNEMENTS PATIENT :</u></b></p> <p>Nom de naissance : _____</p> <p>Nom d'usage : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de Naissance : _____ Sexe : _____</p> <p>N° sécurité sociale : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Centre de Gestion sécurité sociale avec adresse : _____</p>									
<p>Cadre réservé au laboratoire</p> <p><u>Réception secrétariat :</u></p> <p>Par : _____</p> <p>Heure : _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>N° examen : _____</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Réception</th> <th style="width: 15%;">Retour le</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb de bloc</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nb de lame</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Conforme <input type="checkbox"/></p> <p>Non Conforme <input type="checkbox"/></p> <p><u>Réception technique :</u></p> <p>Reçu le : _____ Par : _____</p> <p>Heure : _____</p> <p>Conforme <input type="checkbox"/></p> <p>Non Conforme <input type="checkbox"/></p> <p>FA N° : _____</p>		Réception	Retour le	Nb de bloc			Nb de lame			<p><b><u>RENSEIGNEMENTS PRESCRIPTEUR :</u></b> (ou Tampon)</p> <p>Date de la demande : _____</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Adresse de l'établissement du prescripteur : _____</p> <p style="text-align: right;"><u>Signature :</u> _____</p> <p>N° Identification : _____</p> <p><b><u>RENSEIGNEMENTS PATHOLOGISTE (responsable du bloc) :</u></b> (ou tampon)</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p><b><u>INFORMATIONS ECHANTILLON :</u></b></p> <p>Date et heure du prélèvement : _____</p> <p>N° du bloc transmis : _____</p> <p>Diagnostic : _____</p> <p>Nature du tissu/organe concerné : _____</p> <p>Type de prélèvement : biopsie <input type="checkbox"/> pièce opératoire <input type="checkbox"/></p> <p>Fixateur : _____</p>
	Réception	Retour le								
Nb de bloc										
Nb de lame										

**Cette prescription vaut engagement de paiement au Centre Jean Perrin par l'établissement dont dépend le prescripteur.**

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif – Habilité à recevoir des dons et legs-Certifié sans réserve par l'H.A.S. en 2003, 2007,2011