

DEMANDE D'AVIS ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET/OU RELECTURE**Identification médecin prescripteur**

ou tampon

Nom, coordonnées :

Tel :

Fax :

Signature :

Nom de l'établissement de prélèvement:

Adresse :

Nom du Médecin Préleveur :

Signature :

Identification patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F - M

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Renseignements cliniques :

☞ Antécédents du patient (neurofibromatose de type 1, irradiation, lymphoedème, cancer antérieur, autre à préciser) :

☞ Diagnostic(s) proposé(s) :

☞ Relecture dans le cadre du réseau : RRePS TMRO Autre :**Renseignements anatomo-pathologiques :**

☞ Sièges de la tumeur :

☞ Taille de la tumeur :

☞ Profondeur de la tumeur (superficielle, profonde ...) :

Fixation :

☞ Date du prélèvement :

☞ Heure de prélèvement :

☞ Type de prélèvement (microbiopsie, biopsie chirurgicale, exérèse chirurgicale) :

☞ Type de fixateur :

☞ Heure de mise dans le fixateur :

☞ Durée de fixation :

☞ Type de décalcifiant, si utilisé :

Tumorotheque : cryopréservation RNA later Autre :**Matériel adressé :**

☞ Référence de prélèvement dans votre structure :

☞ Nombre de lame(s) :

☞ Nombre de bloc(s) :

☞ Autre matériel (précisez) :

☞ Compte-rendu joint : oui non

L'ensemble de ces renseignements est indispensable pour la bonne prise en charge de votre patient.

Ce document doit être uniquement utilisé pour les examens adressés à l'Institut Bergonié.*L'impression de ce document est de votre responsabilité, il n'est plus valable s'il fait l'objet d'une révision*