

**PRESCRIPTION DE RECHERCHE D'ANOMALIES
MOLÉCULAIRES POUR LE PROGRAMME AcSé**

TUMEURS SOLIDES

À compléter par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR (ou tampon)	Identification PATIENT (ou étiquette)
Nom et coordonnées :	Nom :
Tél :	Nom de jeune fille :
Fax :	Prénom :
Signature :	Date de naissance :
	Age : <input type="checkbox"/> > 18 ans <input type="checkbox"/> < 18 ans
	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme

Localisation tumorale :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer colorectal | <input type="checkbox"/> Neuroblastome | <input type="checkbox"/> Cancer du sein |
| <input type="checkbox"/> Cancer de l'estomac | <input type="checkbox"/> Cancer de l'ovaire | <input type="checkbox"/> Cancer de la thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Cholangiocarcinome | <input type="checkbox"/> Cancer du poumon
non à petites cellules | <input type="checkbox"/> Tumeur myofibroblastique
inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> Cancer du foie | <input type="checkbox"/> Cancer du rein | |
| <input type="checkbox"/> Glioblastome | | |

Date de la prescription :

À compléter par pathologiste et à transmettre à la plateforme de génétique moléculaire

Identification du laboratoire d'anatomie pathologie (Nom et coordonnées)	Date du prélèvement :
	Type histologique :
	Matériel envoyé : <input type="checkbox"/> Tumeur primitive <input type="checkbox"/> Métastase (préciser) :
	Type de prélèvement :
	<input type="checkbox"/> Pièce opératoire <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
	Type de fixateur utilisé : <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
	Référence du bloc envoyé :
	Date d'envoi à la plateforme :

Joindre le double du CR anapath, le bloc et la lame HES