

Formulaire de demande d'examen
Tumeurs solides uniquement
1- A compléter par le prescripteur de l'examen (à transmettre au pathologiste détenteur du matériel)
Patient

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

 Homme Femme N°dossier (uniquement pour les patients du CHU ou du CFB) :
Sur le prélèvement

En date du : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| N° CR anatomopathologique :

Centre de prélèvement :

Examen(s) demandé(s)

Date de demande : |_|_| / |_|_| / 20 |_|_|

Cancer broncho-pulmonaire	Cancer colorectal métastatique	Mélanome métastatique	Autre :
<input type="checkbox"/> EGFR - mutations activatrices	<input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EGFR - mutations de résistance	<input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/> cKit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HER2 (ex20) <input type="checkbox"/> EML4-ALK	Cancer colorectal (< 60 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ROS1 <input type="checkbox"/> RET <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MSI (nécessite du tissu sain)	<input type="checkbox"/>	

Prescripteur

Nom - Prénom : Commentaires /contexte :

Coordonnées :
.....

Signature :

Médecin correspondant à qui envoyer une copie des résultats :

2- A compléter par le pathologiste responsable du diagnostic initial
Transmettre ce formulaire, le matériel tumoral et une copie du compte rendu, au choix à l'un des deux services suivants :
 Anatomie Pathologique du CHU de Caen

 Av de la côte de Nacre - CS 30001 - 14033 Caen Cedex 9
 Tel : 02.31.06.44.09 Fax : 02.31.06.50.63

 Anatomie Pathologique du Centre François Baclesse

 3 Av du Général Harris - BP 5026 - 14076 Caen Cedex 05
 Tel : 02.31.45.50.51 Fax : 02.31.45.50.43
Matériel transmisNature : Bloc paraffine (Nombre : - N°:) Autre :Type de prélèvement : Pièce opératoire Biopsie Cytoponction Type d'événement : Tumeur primitive Métastase Récidive

Organe : Type histologique :

Type de fixateur : Délai entre le prélèvement et la fixation : Durée de fixation :

Evénement indésirable (décalcification, coloration etc.) :

Pathologiste

Nom - Prénom : Commentaires :

Coordonnées :
.....

Signature :

3- A compléter par le pathologiste ayant estimé le pourcentage de cellules tumorales
HES : Avant Après Moyenne

Date de lecture : |_|_| / |_|_| / 20 |_|_|

|_|_|_| % cellules tumorales (= proportion de noyaux tumoraux par rapport aux noyaux non tumoraux)

|_|_|_| % autres cellules nucléées

Présence de nécrose : 0 1 2 3Nom - Prénom : Tissu sain (uniquement pour MSI). Nature :