

PRESCRIPTION DE GENOTYPAGE 1p19q ET / OU MGMT : TUMEURS DU CERVEAU

Préciser l'Organe :

Numéro INSC :

Numéro ONCOMP :

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR DE L'EXAMEN ET A ENVOYER AU MEDECIN PATHOLOGISTE EN POSSESSION DU PRELEVEMENT TUMORAL DU PATIENT

IDENTIFICATION PATIENT

NOM USUEL :
NOM DE NAISSANCE :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : Femme Homme

Date de la demande du test :/...../.....
Type de test : Codélation 1 p19q (Oligodendrogliome)
 Méthylation MGMT (Glioblastome)
Matériel tumoral à analyser : Biopsie
 Résection chirurgicale
Date de prélèvement :/...../.....

IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

NOM
ETABLISSEMENT / COORDONNEES
TEL : FAX :
N°RPPS :
E-MAIL :

Remarque :

A COMPLETER PAR LE PATHOLOGISTE, ACCOMPAGNEE :

Du prélèvement tumoral (1 fragment de tumeur fixée et incluse en paraffine ou congelée/ choisir un bloc riche en cellules tumorales) ET du compte-rendu anapath.

ET A ENVOYER AU LABORATOIRE REALISANT LE GENOTYPAGE MSI / RER, A L'ADRESSE SUIVANTE :

*Service d'Anatomie Pathologiques du Pr P. Brousset, IUCT-O, 1, Avenue Irène Joliot Curie
31059 Toulouse cedex 9 - Responsable : Pr Emmanuelle Uro-Coste
Contacts: Samira Icher ou Marion Combes Tél.: 05 31 15 63 66/74 Fax. 05 31 15 65 92*

PAS DE FIXATION BOUIN, ni fixateur à base d'acide picrique. Eviter AFA.



IDENTIFICATION PATHOLOGISTE (détenteur du matériel tumoral)

NOM :
ETABLISSEMENT / COORDONNEES :
TEL : FAX :
N°RPPS :

MATERIEL TUMORAL TRANSMIS

Date de prélèvement : / / N° examen : N° du bloc :
Type de prélèvement Tumeur primitive
 Métastase :
Histologie :
Tissu congelé OUI NON
Enregistrement en Tumorothèque OUI NON
Si oui, merci de préciser la référence :
Bloc fixé en paraffine OUI NON
Fixateur utilisé FORMOL AFA AUTRE
Si autre, merci de préciser le fixateur :