PRESCRIPTION DE TEST MOLECULAIRE MGMT : Tumeur Neuro-Endocrine

Préciser l'Organe :

Numéro INSC : **Numéro ONCOMIP :**

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

IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

NOM :
ETABLISSEMENT / COORDONNEES :

TEL : FAX :
N° RPPS :
EMAIL :

Date de la demande du test MGMT : / /

Matériel tumoral à analyser : ☐ Biopsie ☐ Résection chirurgicale

Date de prélèvement : / /

Localisation : ☐ Grêle ☐ Pancréas ☐ Autre : précisez……

Stade TNM :
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 RAS, A l'ADRESSE SUIVANTE :

Service d'Anatomie Pathologiques du Pr P. Brousset, IUCT-O,
1, Avenue Irène Joliot Curie 31059 Toulouse cedex 9
Tél. Samira ICHER : 05 31 15 63 66 - Marion Combes : 05 31 15 63 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 ☐ Autre : ……

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 :