

Prescripteur (CLINICIEN) : Nom : _____ Prénom : _____
Etablissement : _____ N° Tel : _____
Date de la prescription d'analyse : _____

Réservé ACP CHU
(N° DIAMIC)

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____
N° IEP (CHU LIMOGES) : _____
ou autre numéro d'identification (cliniques, Hôpitaux extérieurs...) : _____
Date de naissance : _____ Sexe : F M
Adresse : _____
Pour les cancers bronchiques uniquement, statut tabagique : _____

(Etiquette patient, ou remplir tous les champs)

Informations du prélèvement

Pathologiste ou Biologiste : Nom : _____ Prénom : _____
Etablissement : _____ N° Tel : _____ Date de réception de la demande : _____
Adresse complète : _____
Etat tumoral : Tumeur primitive Récidive Métastase Autre (précisez) : _____

Prélèvements solides / Cytologies

Date du prélèvement : _____ Organe : _____

Localisation primaire si métastase : _____

Diagnostic histopathologique : _____

Type de prélèvement : Pièce opératoire Biopsie
 Lames Coupes
 Cytoponction ADN

Conservation/type de fixateur : _____
Délai de fixation ⁽¹⁾ : < 30 min > 30 min
 < 1h > 1h

Temps de fixation ⁽²⁾ : ≤ 6h 6h-20h
 20h-48h > 48h

⁽¹⁾ Temps écoulé entre l'acte chirurgical et la mise en contact avec le fixateur

⁽²⁾ Temps total de contact avec le fixateur.

Bloc tumoral N° : _____

- Avec HES **de sortie**.
 Lames blanches (nombre = _____)

Informations du prélèvement

% de cellules tumorales : _____
Initiales pathologiste : _____
Date : _____

Bloc non tumoral N° : _____

- Avec HES **de sortie**.
 Lames blanches n= _____

Demande de recherche d'altérations moléculaires pour :

- Cancer bronchique non à petites cellules (EGFR, KRAS, etc...)
 Mélanome métastatique (BRAF, NRAS, etc...)
 Cancer du sein (HER2, ...)
 Cancer de la thyroïde (BRAF)
 Cancer de l'estomac (HER2)
 Autre pathologie cancéreuse (Précisez l'organe et l'analyse demandée) : _____
- Cancer colorectal métastatique (KRAS, NRAS, BRAF, etc...)
 Recherche déficience MMR (suspicion syndrome HNPCC)
 Cancer colorectal autre contexte (Ex : chimio) : MSI, etc...
 Tumeurs cérébrales
 Cancer de l'ovaire (mutations somatiques BRCA1/BRCA2)

⚠ **Programme AcSé** : se reporter à la fiche de prescription spécifique de ce programme

Biopsies liquides (ADN tumoral circulant)

Date du prélèvement : _____

Diagnostic histopathologique : _____

Indication de l'analyse :

- Pré-screening (en attendant prélèvement tissu ou cyto)
 Analyse sur tissu non réalisable/non contributive
 Rechute sous ITK
 Suivi de réponse aux ITK

Heure du prélèvement : _____ ⚠ **A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT**
Heure de prise en charge par la PGMC : _____

Type de tube utilisé pour le prélèvement

- Sang/tube EDTA (⚠ **ACHEMINER à LA PGMC dans les 2h qui suivent le prélèvement**)
 Sang/tube Streck Sang/tube Roche Autre tube : _____

Demande de recherche d'altérations moléculaires pour :

- Cancer bronchique non à petites cellules : recherche de la mutation p.Thr790Met d'EGFR
 Cancer bronchique non à petites cellules : recherche de mutations activatrices et de la mutation p.Thr790Met d'EGFR
 Autre (précisez) : _____

SIGNATURE(S) : Prescripteur

et/ou Pathologiste/Biologiste