ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PLATE FORME ONCOMOLPATH

GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ALBERT CHENEVIER - HENRI MONDOR
51 AVENUE DU MARECHAL DE LATTRE DE TASSIGNY - 94010 CRETEIL Cedex
Contact : DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE : Pr Christiane COPIE, Dr Cécile CHARPY
tél. secrétariat : 01 49 81 27 28

BON DE DEMANDE POUR RECHERCHE D'AMPLIFICATION DU GÈNE *HER2* PAR LA TECHNIQUE D'HYBRIDATION IN SITU FLUORESCENTE (FISH) SUR COUPE DE TISSUS FIXÉS ET INCLUS EN PARAFFINE

PATIENT (ou étiquette à coller)	**Monsieur**	**Madame**
Nom :	Né(e) :	
Prénom :	Date de naissance :	
Adresse (pour facturation) :		

PATHOLOGISTE DEMANDEUR

Nom : ……

Adresse:……

☐ je m'engage à respecter les conditions requises pour la bonne réalisation de cet examen

EXAMEN DEMANDE : FISH HER2

MOTIF DE LA DEMANDE : Patient métastatique ☐ Non ☐ Oui : ……

DATE DE LA DEMANDE : ……

MATERIEL TRANSMIS : DOUBLE DU COMPTE-RENDU À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À LA DEMANDE

Type de prélèvement : ☐ **Biopsie** ☐ **Pièce opératoire**

Site du prélèvement (organe) : ☐ **Sein** ☐ **Autre (à préciser) :** ……

Temps d'ischémie froide : ☐ <15 min ☐ <1h ☐ **Autre (à préciser) :** ……

FIXATEUR UTILISÉ** : Fixation au Bouin formellement proscrite

☐ Formol ☐ Formol neutre ☐ AFA ☐ Autres (préciser) : ……

Temps de fixation : ☐ < 6h ☐ [6h-72h] ☐ > 72h

DÉCALCIFICATION : ☐ Non ☐ Oui (préciser la méthode) : ……

Température de la paraffine d'inclusion < 60°C ☐ Oui ☐ Non

Diagnostic histologique :……

Référence Laboratoire : …… Date du prélèvement : ……

PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

☐ Bloc paraffine ou 2 lames blanches superfrost + (épaisseur 3-5 µm)
☐ HES (qui sera conservé dans nos archives)
☐ IHC HER2 (qui sera restituée avec le compte-rendu FISH HER2)
☐ Compte-rendu histologique et d'immunohistochimie HER2

CLINICIEN RÉFÉRENT (coordonnées précises) : ORDONNANCE A JOINDRE

Nom : ……
Adresse : ……

RECOMMANDATIONS DE TRANSPORT ET DÉLAI DE RENDU DE RÉSULTAT : Voir fiche d'informations