

DEMANDE D'EXAMEN ACP POUR ETABLISSEMENT EXTERIEUR

Pour toute demande merci de joindre votre bon de commande

PRESCRIPTEUR Nom - Prénom - Etablissement - Service Tél. Mail mssante.fr : Signature				DESTINATAIRE (si différent du prescripteur) Nom - Prénom - Etablissement - Service Tél. Mail mssante.fr :				IDENTIFICATION PATIENT (étiquette) NIP : Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme			
INFORMATIONS Date de la demande : Numéro de l'examen : Date de prélèvement :				DOCUMENTS ENVOYES <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Compte rendu				MATERIELS ENVOYES <input type="checkbox"/> Pièce(s) opératoire(s) (nb de pots) <input type="checkbox"/> Biopsie(s) (nb de flacons) <input type="checkbox"/> Lames (nb et réf.) <input type="checkbox"/> Blocs (nb et réf.)			
TECHNIQUE(S) STANDARD(S) <input type="checkbox"/> Préparation d'une biopsie fixée <input type="checkbox"/> Préparation d'échantillons tissulaires fixés <input type="checkbox"/> Inclusion en paraffine <input type="checkbox"/> Coloration HE <input type="checkbox"/> Préparation de lames Blanches				TECHNIQUE(S) SPECIALE(S) <input type="checkbox"/> IHC (anticorps) <input type="checkbox"/> CS (colorations spéciales) <input type="checkbox"/> CISH EBER <input type="checkbox"/> DDISH HER2				BIOLOGIE MOLECULAIRE <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> NRAS/BRAF <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> GENFUSION			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (Si nécessaire)											
PRELEVEMENT(S) (Type de prélèvement - Site anatomique d'origine - fixateur utilisé - heure de fixation)											
RESERVE AU DEPARTEMENT ACP											
DATE ET HEURE D'ARRIVEE / ENREGISTRE PAR			PATHOLOGISTE / TECHNICIEN(S)			CODE DE NON-CONFORMITE			NOMBRE DE BLOC(S)		