

<b>Service de Génétique Moléculaire et Génomique</b>  <b>Pr. J. MOSSER</b> Secrétariat : 02 99 28 42 71 Fax : 02 99 28 92 48	<b>Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques</b>  <b>Pr. N. RIOUX LECLERCQ</b> Secrétariat : 02 99 28 42 79 Fax : 02 99 28 42 84	<b>Service de Cytogénétique et Biologie Cellulaire</b>  <b>Pr. M.A. BELAUD-ROTUREAU</b> Secrétariat : 02 99 28 43 89 Fax : 02 99 28 43 90
--	--	---

Fiche de prescription pour la recherche des altérations somatiques dans le cadre :

- COLON   
  POUMON   
  MELANOME   
  GLIOME   
  RER   
  GIST

**A compléter par le médecin prescripteur et à envoyer au pathologiste détenteur du prélèvement**

Identification PATIENT	Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Date de naissance : Nom de jeune fille : <b>Statut tabagique :</b> <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> Ancien fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur    Paquets/années :	NOM/COORDONNEES :     Tel : Fax : <b>!!! Formulaire d'information et de consentement signé par le patient à joindre à cette demande de prescription</b>

**A compléter par le pathologiste détenteur du prélèvement**

Identification PATHOLOGISTE REFERENT	
NOM/COORDONNEES :   Tel : Fax :	<b>Type de prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Pièce opératoire <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <b>Etat tumoral :</b> <input type="checkbox"/> Tumeur primitive <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Métastase <b>Type de fixateur utilisé (indispensable) :</b> <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> AFA <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <b>Temps de fixation :</b> <input type="checkbox"/> < à 24Hr <input type="checkbox"/> 24 à 48Hr <input type="checkbox"/> > à 48Hr
Date du prélèvement : Date de la prescription : N° bloc d'origine : Type histologique : Localisation du prélèvement :	

**Important : Tous les fixateurs sont possibles sauf liquide de Bouin et autres fixateurs à base d'acide picrique**

**Adresser le prélèvement, le double du compte-rendu anatomo-pathologique et cette fiche de prescription à une adresse unique**

**Pr. Nathalie RIOUX-LECLERCQ**  
**Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques**  
**CHU Pontchaillou, 2 rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9**

**Pour nous contacter un email unique : [genetique-somatique-cancers@chu-rennes.fr](mailto:genetique-somatique-cancers@chu-rennes.fr)**