

SERVICE demandeur :

N°UF : TEL :

Médecin prescripteur :

Autre(s) médecin(s) :

.....

Date de prélèvement : ___ / ___ / ___

Heure de prélèvement : ___ h ___ min

Identification du PATIENT : (étiquette)

NOM d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Sexe : F M **IPP**.....

N° de Séjour :

Numéro de Sécurité Sociale :

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR DE L'EXAMEN

Résultat demandé en urgence : oui non

Justification de l'urgence et délai attendu :

Numéro de téléphone, fax ou email pour communication du résultat en urgence :

Indication de l'examen :

Progression sous inhibiteur de tyrosine kinase Type de TKI

Analyse mutationnelle initiale sur tissu ou cellules non contributive

Patient non prélevable Autre (préciser)

Type histopathologique (à défaut joindre compte-rendu) :

Anomalie moléculaire initialement détectée (EGFR, ALK...) :

Délétion de l'exon 19 de l'*EGFR* p.L858R de l'*EGFR* non réalisé

Autre (préciser ou joindre compte-rendu)

Traitements antitumoraux antécédents : **Date de la dernière cure :**

Aucun Chimiothérapie Inhibiteurs tyrosine kinase Autre :

Prélèvements :

Tube EDTA (4 tubes 5 mL minimum)

⚠: Agiter doucement les **tubes par retournement (5 à 10 fois sans les secouer)** après le prélèvement,
Notre service doit recevoir les tubes **sous 3 h** **nombre de tubes :**

Autre type de tube, préciser **nombre de tubes :**

⚠ Les prélèvements doivent être adressés au service d'Anatomie et cytologie pathologiques bâtiment C, niveau -1 dans le **délai le plus court** possible (**délai d'acheminement maximum 3h**) et **avant 15h**. Ils ne doivent **pas transiter via le pneumatique**. Ils ne doivent pas être adressés au pré-analytique du pavillon de biologie du CHU.

AIR B 271 (v3- janv 2024)

Analyse moléculaire somatique sur « biopsie liquide » (cfTNA)

SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Professeur Michel PEOC'H

HOPITAL NORD CHU de Saint-Etienne BATIMENT C NIV -1

Secrétariat : 04.77.82.83.17 (Poste 28317 / 25296)

Accueil – Réception des prélèvements : 25290 / 25250/ 25700

Réception des tubes de sang pour analyse sur ADN tumoral circulant : 8 h-15 h

⚠ Prélèvements à adresser au service d'Anatomie et Cytologie pathologiques **bâtiment C, niveau -1** dans le délai le plus court possible (**dans les 3 h** après le prélèvement) et **avant 15h**.

⚠ **Ils ne doivent pas transiter via le pneumatique. Ils ne doivent pas être adressés au pré-analytique du pavillon de biologie du CHU.**

⚠ Agiter doucement les tubes par retournement (5 à 10 fois sans les secouer) après le prélèvement

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT PRESCRIPTEUR (hors CHU-SE)

Organisme :

Adresse de facturation :

Code Postal :

Ville :

Tel :

Fax :

IDENTIFICATION du prescripteur
(Tampon ou signature)

Identification du PATIENT :

NOM d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

IPP :

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Cadre réservé à la plateforme de biologie moléculaire

Date et heure de réception du prélèvement : par :

Date et heure de centrifugation : par :

Date et heure de congélation :

Commentaires :

Non-conformité : Patient Transport Fiche de prescription Prélèvement