

**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 <sup>(1)</sup> :  < 30 min  > 30 min  
 < 1h  > 1h

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

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

<sup>(2)</sup> 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