

**PRESCRIPTION DE RECHERCHE D'ANOMALIES MOLECULAIRES
POUR LE PROGRAMME AcSé
TUMEURS SOLIDES**

Le programme AcSé s'adresse à des patients en situation d'échec thérapeutique

à compléter par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR <i>(ou tampon)</i>	Identification PATIENT <i>(ou étiquette)</i>
Nom et coordonnées :	Nom :
	Nom de Jeune fille :
	Prénom :
Tél :	Date de naissance :
Fax :	Age : <input type="checkbox"/> > 18 ans <input type="checkbox"/> < 18 ans
Signature :	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme

Localisation tumorale : cohorte ouverte dans AcSé crizotinib cohorte ouverte dans AcSé vemurafenib

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer colorectal <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Sarcomes <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cancer de l'estomac <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Cancer de l'ovaire <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> GIST <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> adénoK de l'oesophage <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Cancer de la thyroïde <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Glioblastome <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cholangiocarcinome et cancer des voies biliaires <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Tumeur spitzoïde <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Neuroblastome <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cancer du foie <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Cancer du poumon non à petites cellules non épidermoïde <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Tumeur Myofibroblastique Inflammatoire <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cancer du rein <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Cancer du poumon sarcomatoïde <input checked="" type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Cancer de la vessie <input checked="" type="radio"/> | | <input type="checkbox"/> Histiocytoses - adultes <input checked="" type="radio"/> |

Patient au stade avancé ou métastatique

Date de la prescription :

À compléter par le pathologiste et à transmettre à la plateforme de génétique moléculaire

Identification du Laboratoire d'anatomie pathologie <i>(Nom et coordonnées)</i>	
	Date du prélèvement :
	Type histologique :
	Matériel envoyé : <input type="checkbox"/> Tumeur primitive <input type="checkbox"/> Métastase (préciser) :
	Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Pièce opératoire <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
	Type de fixateur utilisé : <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
	Référence du bloc envoyé :
	Date d'envoi à la plateforme :

Joindre le double du CR anapath, le bloc et la lame HES