

Prescripteur CJP ou autre  
Etablissement de Santé

Pour les patient internes ou  
externes au CJP



## 1 – Le prescripteur:

- Identifie, remplit, date et signe tous les items de la feuille de prescription
- Ne pas oublier de cocher la case correspondant au choix du test Endopredict® ou Prosigna®
- Fait la demande de bloc au pathologiste responsable du prélèvement

Centre de Lutte Contre le Cancer d'Auvergne  
LBM OncoGènAuvergne (Directeur : Pr Yves Jean BIGNON)  
Unité fonctionnelle de Pathologie (N° d'enregistrement : 63-72)  
Pr Frédéric PENNULT-LEGERCA  
58, rue Montalembert - B.P. 392 - 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex1  
Tél : 04.73.27.81.67, Fax : 04.73.27.81.80 Internet : [www.cjp.fr](http://www.cjp.fr)

(cocher la case)

Endopredict®   
Prosigna®

Feuille à joindre IMPÉRATIVEMENT au bloc tumoral, à la copie du compte-rendu anatomopathologique, à l'ordonnance du prescripteur et à adresser au :  
LBM OncoGènAuvergne  
UF de Pathologie  
Centre Jean Perrin  
58, rue Montalembert BP 392  
63011 Clermont-Ferrand Cédex 1

Centre de Lutte Contre le Cancer d'Auvergne  
LBM OncoGènAuvergne (Directeur : Pr Yves Jean BIGNON)  
Unité fonctionnelle de Pathologie (N° d'enregistrement : 63-72)  
Pr Frédéric PENNULT-LEGERCA  
58, rue Montalembert - B.P. 392 - 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex1  
Tél : 04.73.27.81.67, Fax : 04.73.27.81.80 Internet : [www.cjp.fr](http://www.cjp.fr)

**FEUILLE DE PRESCRIPTION – BON DE COMMANDE**  
Signature d'expression génique dans le cancer du sein  
A envoyer par email au LBM OncoGènAuvergne du Centre Jean Perrin à : [signatures-moleculaires@clermont-unicancer.fr](mailto:signatures-moleculaires@clermont-unicancer.fr)

**RENSEIGNEMENTS PATIENT :**  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS PRESCRIPTEUR :** (ou Tampon)  
Date de la demande : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse de l'établissement du prescripteur : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
N° Identification : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS PATHOLOGISTE (responsable du bloc) :**  
Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS ECHANTILLON :**  
Date et heure du prélèvement : \_\_\_\_\_  
N° du bloc transmis : \_\_\_\_\_  
Diagnostic : \_\_\_\_\_  
Type d'échantillon :  1 BLOC  4 LAMES BLANCHES à 10 µm = 1 RES  
Merci d'envoyer de préférence un BLOC (trameur primaire: biopsie de diagnostic)  
Fixateur : \_\_\_\_\_

Résultat des récepteurs aux oestrogènes: .....% ..... intensité  
Résultat des récepteurs à la progestérone: .....% ..... intensité  
Résultat du statut HER2:  Négatif  Positif  Equivoque  
Résultat du Ki67: \_\_\_\_\_  
Classification TNM de 2009: pT [ ] pN [ ] pM [ ]  
Taille de la tumeur (en mm): [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Nombre de ganglions envahis: [ ] [ ]

Réception	Retour le
Nb de bloc	
Nb de lame	

Cette prescription vaut engagement de paiement au Centre Jean Perrin par l'établissement dont dépend le prescripteur.  
ANP-PRA-PR-001-F-0002 V06 14/02/2019 1/1  
Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif - Habilité à recevoir des dons et legs-Carifé sans réserve par l'IAS, en 2003, 2007, 2011, 2016



Blocs de paraffine



## 2 – Pathologiste responsable:

- Complète la feuille de prescription (envoie par mail et/ou courrier)
- Envoie blocs pour analyse
- Envoie le CR Anapath



**3 – Réception:**  
**Unité de Pathologie du Centre Jean Perrin**  
LBM OncoGènAuvergne