

Prescripteur CJP

Pour les patients internes au CJP



1 – Le prescripteur:

Identifie, remplit, date et signe tous les items de la feuille de prescription blanche

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 Frédérique PENAUD-LIORCA
 58, rue Montalembert - B.P. 392 - 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
 Tél : 04.73.27.01.67, Fax : 04.73.27.01.00 Internet : www.cjp.fr

STATUT DU GENE (cocher la case)	FEUILLE DE PRESCRIPTION - BON DE COMMANDE Statut d'un gène	
HER2 (IHC/FISH) <input type="checkbox"/>	Adresser au Laboratoire de Pathologie : <ul style="list-style-type: none"> • Cette prescription dûment complétée +/- ordonnance prescripteur • Un bloc tumoral le plus riche possible en cellules tumorales • La copie du compte-rendu anatomopathologique RENSEIGNEMENTS PATIENT : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____ Sexe : _____ N° sécurité sociale : _____ Adresse : _____ Centre de Gestion sécurité sociale avec adresse : _____	
Biomarqueurs mélanome <input type="checkbox"/>		
Biomarqueurs colon <input type="checkbox"/>		
MSI <input type="checkbox"/>		
Biomarqueurs poumon <input type="checkbox"/>		
ALK <input type="checkbox"/>		
ROS1 <input type="checkbox"/>		
PDL-1 <input type="checkbox"/>		
FoxL2 <input type="checkbox"/>		
BRCA tumoral somatique <input type="checkbox"/>		
Autres (préciser) <input type="checkbox"/>		
Cadre réservé au laboratoire Réception secrétariat : Par : _____ Heure : _____ N° examen : _____		
RENSEIGNEMENTS PRESCRIPTEUR : (ou Tampon) Date de la demande : _____ Nom, Prénom : _____ Adresse de l'établissement du prescripteur : _____ Signature : _____ N° Identification : _____		
RENSEIGNEMENTS PATHOLOGISTE (responsable du bloc) : (ou tampon) Nom, Prénom : _____ Adresse : _____		
INFORMATIONS ECHANTILLON : Date et heure du prélèvement : _____ N° du bloc transmis : _____ Diagnostic : _____ Nature du tissu/organe concerné : _____ Type de prélèvement : biopsie <input type="checkbox"/> pièce opératoire <input type="checkbox"/> Fixateur : _____		

Cette prescription vaut engagement de paiement au Centre Jean Perrin par l'établissement dont dépend le prescripteur.
 Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif - Habilité à recevoir des dons et legs-Certifié sans réserve par l'H.A.S. en 2003, 2007, 2011

ANP-PRA-PRI-0001-F0001 V06 14/02/2019 1/1

2 – Pathologiste du CJP:

Complète la feuille de prescription renseignée



3 – Réception:

Unité de Pathologie du Centre Jean Perrin

LBM OncoGènAuvergne