

Prescription d'examen COMPLÉMENTAIRE de Pathologie

(À adresser au secrétariat par fax : 03 80 29 57 17 ou par mail : ptb.secretariat.anapath@chu-dijon.fr)

Identification PATIENT (ou Étiquette)	Identification PRESCRIPTEUR
Nom d'usage : Nom de Naissance (si différent) : Né(e) le : Sexe : M ☐ F ☐ Numéro de SS (si hors CHU) : ☐ consultant externe ☐ hospitalisé	UF de réalisation du prélèvement (obligatoire si CHU) : Service et Centre hospitalier (obligatoire si hors CHU) : (joindre impérativement la fiche administrative ou bulletin de situation)
Date de la demande : / / 20 URGENT ☐	Médecin prescripteur : (NOM - Prénom obligatoire) Médecin(s) correspondant(s) :

PRÉLÈVEMENT (joindre le double du CR d'histopathologie si hors CHU)

Nom labo ACP si hors CHU :
 Référence du prélèvement (labo ACP) : Date du prélèvement : / /
 Organe (préciser) : Type de prélèvement : biopsie ☐ pièce opératoire ☐ cytologie ☐

Examens DEMANDÉS

☐ Relecture

Motif =

Étude IHC complémentaire

- ☐ PDL1 ☐ PD-L1 (CPS) / ☐ PD-L1 (TPS)
☐ HER2
☐ IgG4 (recherche d'une maladie à IgG4)
☐ ALK ☐ ROS 1 ☐ MET
☐ Statut MMR tumoral (MSH2, MSH6, PSM2, MLH1)
☐ EBV
☐ SDH-B
☐ IHC Autre =

AUTRES examens

- ☐ HPV (p16 ± HIS ou PCR)
☐ Recherche d'Amylose (Rouge Congo)
☐ Autre, préciser :

Examens EXTERNALISÉS

- ☐ BRCA ☐ BRCA1/2 seul ☐ **Panel ovaire** : BRCA 1/2 + test HRD / Score GIS (CGFL)
☐ Recherche multigéniques : ☐ Recherche d'altérations par **Panel Dragon** (Institut Curie – Paris)
☐ **Fondation One Heme** (catégorie Lymphome) (Germany)(date de rendu moyen 21 jours)
☐ Recherche d'une **Dyskinésie ciliaire** (microscopie électronique) - (Hôpital Debré REIMS – date de rendu moyen 3 mois)
☐ **MUSCLE** : envoi échantillon congelé (**joindre impérativement un consentement écrit**) :
☐ Western Blot ☐ Analyse ADN mitochondriale ☐ Analyse biochimique
☐ Recherche d'une **Neuropathie des petites fibres** (CH Dupuytren – Limoges)