Institut Universitaire du Cancer
de Toulouse - Oncopole
1 Avenue Irène Joliot Curie
31059 TOULOUSE Cedex 9

Professeur P. BROUSSET - *Chef de Département*
Professeur E.URO COSTE - *Coordonnatrice adjointe*
Docteur P. ROCHAIX - *Coordonnateur adjoint*

ONCOPOLE
TOULOUSE | FRANCE

Accueil renseignement : (05.31.1) 56 574 ou 56 575
Secrétariat médical (rendu de résultat) : 56 550
Télécopie : 56 594

Etiquette ACP - CHU TOULOUSE
(Cadre réservé à l'ACP)

DEPARTEMENT ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

BON DE DEMANDE DESTINE AUX ETABLISSEMENTS HORS CHU ET ICR

ORGANISME DEMANDEUR

Prescripteur **obligatoire** *(NOM Prénom)* : .....

Adresse : .....

N° Tel : ..... Mail : .....@.....

IDENTITE PATIENT

A remplir OBLIGATOIREMENT (MAJUSCULES) si absence d'étiquette patient, ou si les informations administratives de l'étiquette sont insuffisantes (notamment si l'adresse du patient n'apparait pas) :

□ **E (Patient Externe)** □ **H (Patient hospitalisé)**

_____ _____ _____ __ _ _ /_ _ /_ _
Nom usuel du patient *Prénom usuel du patient* *Nom de naissance* *Sexe* *Né(e) le*

_____
Domicile (Rue et n°)

_____ _____
Code postal *Localité*

__ ___ ___ ____ _____ _____ ____ ____/____/____/____/____
N° sécurité social (ou copie Carte vitale) *Téléphone patient*

_____@_____
Mail patient

ETIQUETTE PATIENT

PRELEVEMENT

Date de prélèvement : _ _ /_ _ / _ _ _ _ **Nature de prélèvement (ORGANE) :** ..... **Médecin Préleveur :**.....

□ FLACONS (Nombre) : □ FRAIS _ _ □ FIXE _ _ Fixateur : □ FORMOL □ DUBOSC □ Autres : .....

□ BLOCS : Référence externe : ..... Nombre : _ _

□ LAMES : Référence externe : ..... Nombre : _ _

MOTIF D'ENVOI ET DESTINATAIRE

□ Demande d'**AVIS** *(Fournir OBLIGATOIREMENT une copie de la carte d'identité, de la carte vitale et de la mutuelle du patient. A défaut, l'examen sera facturé à l'établissement qui a transmis le bon de demande)*

□ Demande de **RELECTURE** (dans le cadre d'un réseau) : préciser .....*(Lymphopath, RReps,…etc)*

□ Demande de **RELECTURE** par un clinicien (Hors réseau): préciser le nom du médecin Anapath :.....

□ Demande de **FISH HER2 sein**

□ Autre, préciser .....

*NB : Chaque demande d'avis/relecture devra être accompagnée de la **fiche PDF générée par l'outil DIAGinter** (http://www.diaginter.org/)*

Médecin relecteur :.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (écrire lisiblement SVP)