eurofins | Biomnis

Bon de demande
Test moléculaire urinaire pour le suivi de cancer de la vessie non infiltrant TVNIM - Etude AFU
(Test Xpert® Bladder Cancer Monitor)

Hématologie cellulaire et cytogénétique
Tél : 04 72 80 23 65 • Fax : 04 72 80 23 66
Email : SecretariatOncoHematologie@eurofins-biomnis.com

Génétique et oncologie moléculaire
Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : SecretariatGenetique@eurofins-biomnis.com

N° de Correspondant

Bon de demande réservé aux prescriptions dans le cadre de l'étude AFU

PATIENT

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Adresse : .....
CP : |__|__|__|__|__| Ville : .....
Tél. : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Sexe : ☐ F ☐ M
E-mail : .....

ÉTABLISSEMENT DE SOINS MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Identification • Etablissement de soins

N° Correspondant : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Etablissement : .....
Adresse : .....
CP : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Identification • Médecin prescripteur

N° RPPS : |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nom : .....
Prénom : .....
Tél. : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Fax : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
E-mail : .....

Cachet du prescripteur

RENSEIGNEMENTS CLINICO-PATHOLOGIQUES

Joindre impérativement le compte-rendu histologique en date du diagnostic

TVNIM : ☐ Faible risque ☐ Risque intermédiaire ☐ Haut risque
Stade de la maladie : ☐ Diagnostic ☐ Suivi
Dernier résultat de cytoscopie : .....
Dernier résultat de cytologie urinaire : .....
Complément d'informations cliniques : .....

PRÉLÈVEMENT

Instructions pour le prélèvement : *cf.* Protocole de prélèvement K7P

Date de prélèvement : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Heure de prélèvement : ..... h .....

Cachet du laboratoire préleveur