

## FICHE DE TRACABILITE

**IDENTIFIANT DU PATIENT (étiquette)**

Nom  
Prénom  
Date de naissance

**ETABLISSEMENT D'ORIGINE (cachet)**

### CHIRURGIEN PRESCRIPTEUR

NOM  
Téléphone

Cachet / signature

LE PATIENT A T IL ETE INFORME DE LA CONSERVATION D'ECHANTILLONS OUI NON

LE PATIENT S'Y EST-IL OPPOSE ..... OUI NON

#### PRELEVEMENT

DATE :

TYPE :

LOCALISATION :

HEURE, MIN DE DEVASCULARISATION :

DIAGNOSTIC PRESUME :

### SERVICE ANATOMIE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE :

NOM DU PATHOLOGISTE :

Heure de prise en charge :

Heure et minute d'immersion dans le RNAlater :

L'échantillon prélevé est t'il représentatif de la tumeur : OUI NON

### TRANSPORTEUR :

chauffeur	Date prise en charge	Heure prise en charge	signature

### TUMOROTHEQUE

PRISE EN CHARGE date, heure, minute :

CONGELATION A -80°C date, heure, minute :

NOM DU TECHNICIEN :

Pour tout renseignement complémentaire  
Joindre Mr PRYFER 0320444984 LILLE