

Professeur Emmanuelle LETEURTRE

Institut de PATHOLOGIE – Centre de Biologie Pathologie – 59 037 LILLE CEDEX

Secrétariat : 03.20.44.49.85 Fax : 03.20.44.47.27 Email : [emmanuelle.leteurtre@chu-lille.fr](mailto:emmanuelle.leteurtre@chu-lille.fr)**DEMANDE D'EXAMEN AVEC MISE EN TUMOROTHEQUE**

Identification du Patient : .....  
Nom de naissance : .....  
Nom d'usage : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Sexe : ....  
Hébergé(e) en : .....

**Hôpital** : .....  
UF : .....  
Service : .....  
**Noter l'UF exécutante/prestataire (bloc...)** : .....  
Réf. Dossier hospitalier : .....  
**Prélevé le** .....

**Heures et minutes de chute de pièce** : .....

**CONSENTEMENT écrit du patient** à la conservation et l'utilisation d'échantillons biologiques et données médicales pour la recherche scientifique :  **oui**  **non**

Biopsie ou exérèse faite par .....  : .....

**Renseignements cliniques** (antécédents, traitements en cours...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Type d'intervention : .....

Organe:

Localisation :

Dessin et schéma :

Côté : .....

Date et heure d'arrivée à l'Institut de Pathologie : .....