

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