eurofins | Biomnis

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

Hématologie cellulaire et cytogénétique
Tél : 04 72 80 23 65 • Fax : 04 72 80 23 66
Email : Secretariat.OncoHematologie@biomnis.eurofinseu.com

Génétique et oncologie moléculaire
Tél : 04 72 80 25 77 • Fax : 04 72 80 25 79
Email : Secretariat.Genetique@biomnis.eurofinseu.com

FACTURATION
☑ Laboratoire de l'établissement de santé prescripteur

N° de Correspondant Laboratoire préleveur

N° de Correspondant Laboratoire de l'établissement de santé prescripteur

Bon de demande réservé aux prescriptions dans le cadre de l'évaluation des données de soins courants menée par l'AFU

PATIENT

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

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Identification • Médecin prescripteur

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

Cachet du prescripteur

Identification • Etablissement de soins

Etablissement : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

RENSEIGNEMENTS CLINICO-PATHOLOGIQUES (Informations facultatives)

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 : .....

Si possible, joindre le compte-rendu histologique du diagnostic

PRÉLÈVEMENT

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

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

Cachet du laboratoire préleveur