



HÔPITAL RICHAUD



LA MAISON DESPAIGNE



HÔPITAL ANDRÉ MIGNOT



BÂTIMENT SAU - SAMU 2012

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

REGLES DE PRELEVEMENTS

SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (ACP)



REPLISSAGE DES BONS D'EXAMEN EN ACP

- **Différents types de bons d'examen**

- « Standard »
- Frottis cervico-utérin : commun avec le Service de Biologie
- Cytologie urinaire
- Placenta

NB: les bons d'examen pour les prélèvements effectués sous contrôle radiologique sont des bons de radiologie, ils ne sont pas disponibles en ACP

- **Comment remplir le bon d'examen ?**

- Voir diapo suivante
- **Si demande de résultats en urgence : l'écrire en toutes lettres et distinctement dans la case « Renseignements cliniques »**

- **Comment obtenir des bons d'examen ?**

- 1) utiliser le « bon de commande des produits toxiques et consommables » disponible sur intranet sur le Manuel de Prélèvements pour commander des bons d'examens en ACP
- 2) à télécharger à partir du manuel de prélèvements (Rubrique DOCUMENTS/ Documents diffusés par le Service d'Anatomie Cytologie Pathologiques) ou et à imprimer

BONS DE DEMANDE D EXAMEN EN ACP

BON DE DEMANDE STANDARD

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques - CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
N° de Finest : 780 800 256 177 rue de Versailles 78150 LE CHESNAY Tel. : 0139639049

Demande d'Examen d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
(Bon accessible sur intranet via le Manuel de Prélèvements ou dans le Service d'ACP via le Bon de commandes)

Risque infectieux : Maladie de Creutzfeldt-Jacob <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> COVID <input type="checkbox"/>	Etiquette Patient
Date de prélèvement : _____ Heure de prélèvement : _____ Pour les pièces chirurgicales : Heure de : 00:00:00:00:00:00 Heure de fixation : _____	N° ACP
Cytologie <input type="checkbox"/> Biopsies <input type="checkbox"/> Pièce Opératoire <input type="checkbox"/> Etat frais : Estomac <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (IFD, Congélation)	

Nature et siège des prélèvements :

A :	Nombre De pots : <input type="text"/>
B :	
C :	
.	
.	

(Sélectionner le site ou des de la feuille et indiquer le nombre) →

Renseignements cliniques et hypothèses diagnostiques (Antécédents, Signes cliniques, Traitement):

Le Génotypage des tumeurs solides sera effectué selon les recommandations

Service demandeur : UF Uro

Nom du médecin prescripteur : Poste :

Nom du médecin préleveur : Double à :

(Si différent du prescripteur)

Signature : _____

ACP-V-FSE-PD-00-02

BON DE CYTOLOGIE URINAIRE

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques - CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
N° de Finest : 780 800 256 177 rue de Versailles 78150 LE CHESNAY Tel. : 0139639049

BON DE CYTOLOGIE URINAIRE (ACP)
(Bon accessible sur intranet via le Manuel de Prélèvements ou dans le service d'ACP via le bon de commandes)

Service demandeur : _____

Etiquette
urino

Heure de prélèvement : h h

1. **Mode de prélèvement :**
 Miction Sondage ou cystoscopie Autres

2. **Circonstances cliniques :**
 Antécédent de tumeur urothéliale : - Année :
- Grade :
- Localisation :

Hématurie Radiothérapie Autres

3. **Traitement actuel :**
 BCG Mitomycine Autres

Date de la dernière résection :

Date de la dernière instillation :

4. **Commentaires :**

Maladie de Creutzfeldt-Jacob connue ou suspectée oui non
Antécédents familiaux d'encéphalite spongiforme oui non
Malade ayant été traité par des produits pouvant potentiellement véhiculer des prions oui non

Nom du médecin prescripteur :

Double à :

Date du prélèvement : Signature : _____

ACP-V-FSE-PD-00-02



BONS DE DEMANDE D EXAMEN EN ACP

BON DE DEMANDE PLACENTA

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques — CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
 N° de **Faxes** : 780 800 256 177 rue de Versailles 78150 LE CHESNAY Tel: 01.39.63.9049

Demande d'Examen Anatomopathologique du PLACENTA

(Non accessible aux internet via le Menu de prélèvement ou dans le Service d'ACP via le bon de commande)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Age gestationnel : SA

ACCOUCHEMENT Voie basse Césarienne

Etiquette Patiente

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

Poids : g Sexe : F M APGAR : / / PH : Leotates :

GROSSESSE GEMELLAIRE OU MULTIPLE

J1 : Poids : g Sexe : F M (Repérage du cordon de J1 par un seul clamp)
 J2 : Poids : g Sexe : F M (Repérage du cordon de J2 par 2 clamps)

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

- Diabète (y compris gestationnel) Tabac
- Infections/HIV/hépatite
- Maladies auto-immunes H.T.A. **CŒUROSOMES**
- Pré-éclampsie Hydramnios Autre pathologie :

INDICATIONS DE L'EXAMEN DU PLACENTA (cocher le ou les cases correspondantes)

Maternelles et obstétricales

- Suspicion de **chorioamnionite**
- Pré-éclampsie sévère
- Infection **placentaire** fœtale : syphilis, CMV, toxoplasmose, rubéole
- Autres :

Fœtales et néonatales

- PH artériel du cordon > 7.0
- RCIU : préciser le percentile :
- Mort fœtale in utero ou du **per-partum**
- Anasarque
- Grossesse multiple **choriochorionique** (ou **choriochorionite** douteuse)
- Grossesse multiple **chorionique**
- Malformation majeure, à préciser :

Placentaires

- Suspicion de vasa praevia (Benkiser)
- Anomalie macroscopique du placenta ou du cordon ombilical, à préciser :
- Hématome rétro-placentaire ou suspicion d'hématome rétro-placentaire
- Autres, à préciser :

Médecine de Creutzfeldt Jacob connue ou suspectée, d'ATOD fœtal/d'encéphalopathie subaiguë, d'ATOD de traitement par des produits pouvant potentiellement véhiculer des prions : oui non

Date du prélèvement :

Nom et signature du médecin prescripteur

ACP-ANP-2018-03-01

BON DE FROTTIS FCU

Etiquette Patient

Sos d'Anatomopathologie - Sos de Biologie Médicale
 Centre Hospitalier de Versailles
**Prélèvement cervico-utérin
 en milieu liquide (v2)**

Anatomopathologie (9049) - Virologie (7005)

Merci de cocher (X) impérativement les cases au stylo bic noir
 Ne rien coller et inscrire sur le code à barre

Réservé Labo

Prescripteur :

Préleveur :

Date de prélèvement

Jour	Mois	Année	Heure	Minute	

Heure de prélèvement

Température

			°C

Renseignements :

<input type="checkbox"/> ODR :	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Post partum	<input type="checkbox"/> Ménopausé
<input type="checkbox"/> Vaccination HPV :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Contraception orale	<input type="checkbox"/> Stabilité	<input type="checkbox"/> THS	

Opposition au traitement des données de dépistage : Oui Non

Renseignements cliniques et ATCD : (Conisation, hystérectomie, aspect clinique...)

Double du résultat adressé à

**Femme entre 30 et 65 ans
ou <30 ans avec antécédent**

Pour Virologie (sachet transparent)

Génitoux

VHPD - Test HPV primaire

Femme < 30 ans sans antécédent

Pour Anapath (sachet vert)

Profil mono-couche

Etiquette ACP

VHPD - Dépistage organisé Virologie - DOCCU

Etiquette

Cadre réservé aux laboratoires

Profil mono-couche réflexe (Test HPV primaire positif)
Prélèvement transmis en Anapath

Génitoux

VHPA - Cytologie anormale
Prélèvement transmis en Virologie

REEMPLISSAGE DES BONS D'EXAMEN EN ACP

Evaluation des risques infectieux pour le laboratoire!

Prélèvement :
Date et Heure du prélèvement.
Heure de dévascularisation/
Heure de Fixation pour les pièces chirurgicales
 Type de prélèvement
Nature et siège du prélèvement.
Nombre de pots.
Renseignements cliniques.

en cas de diagnostic de tumeur, la recherche d'altérations génomiques sera effectuée selon les recommandations

Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques – CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
 N° de Finess : 780 800 256 177 rue de Versailles 78150 LE CHESNAY Tel. : 0139639049

Demande d'Examen d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

(Bon accessible sur intranet via le Manuel de Prélèvements ou dans le Service d'ACP via le Bon de commandes)

Boîte infectieux : Maladie de Creutzfeldt-Jacob Tuberculose
 HCV HBV HIV COVID

Etiquette Patient

Date de prélèvement : **Heure de prélèvement :**
 Pour les pièces chirurgicales : Heure de dévascularisation :
 Heure de fixation :

Cytologie Biopsies Pièce Opératoire

Etat frais : Extempo Autre (IFD, Congélation)

N° ACP

Nature et siège des prélèvements :

A : **Nombre De pots :**
 B :
 C :
 .
 .
 .

(Ecrire le sexe ou des de la feuille ci-entièrement attachée) →

Renseignements cliniques et hypothèses diagnostiques (Antécédents, Signes cliniques, Traitement):

Le Génotypage des tumeurs solides sera effectué selon les recommandations

Service demandeur : UF
 Nom du médecin prescripteur : Poste :
 Nom du médecin préleveur : Double a :
 (si différent du prescripteur)

Signature :

Patient :
Etiquette patient.

Etat frais: Extempo, IFD, congélation ou cytogénétique

Préleveur :
Service demandeur / poste
Nom et signature du médecin préleveur et/ou prescripteur

PRESCRIPTION DE PATHOLOGIE MOLECULAIRE

- Pour toute demande secondaire de recherche de mutation en biologie moléculaire

utiliser **les bons spécifiques** (Genotypage des tumeurs solides avec technique Idylla au CHV (pour *EGFR*, *KRAS*, *BRAF*, *NRAS*), Genotypage des tumeurs solides (bon CERBA) pour NGS, MSI ou autre... Test Endopredict (bon Cerba), Recherche BRCA/HRD (bon Cerba), Ces bons sont **accessibles à partir du Manuel de Prélèvements**

Le communiquer **par mail ou par fax au médecin ACP responsable du cas**

**GENOTYPAGE DES TUMEURS SOLIDES
(TECHNIQUE IDYLLA EN ACP)**

PATIENT

- NOM
- PRENOM
- DDDN

ORGANE : Colon Prostate Endométrie Ovaire Autre :

DIAGNOSTIC :

STADE METASTATIQUE : oui non

NUMERO D'HISTOLOGIE :

ANOMALIES RECHERCHEES :

- KRAS
- BRAF/NRAS
- EGFR

Pour les Tests MSI, Endopredict, BRCA/HRD, NGS ou autre recherche d'altérations génomiques: remplir les bons de demande spécifiques dans le Manuel de prélèvements (CERBA) et les envoyer par fax (0633) ou email

DATE DE LA DEMANDE

NOM DU PRESCRIPTEUR

SIGNATURE

CPA-1-007-F0-001-01

**FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN
ENDOPREDICT**

Signature d'expression génique dans les cancers du sein

IMPORTANT : CHECK LIST AVANT ENVOI. CH DE VERSAILLES 19885 Q

- ✓ Il faut **VALIDATION** indiquer la cellularité tumorale, la taille histologique de la tumeur et le nombre de ganglions envahis, indispensables pour le rendu des résultats
- ✓ Que faut-il envoyer ?
Un minimum de 50 % de cellules tumorales est nécessaire pour réaliser le test
 - Si > 30% de cellules tumorales :
 - o Choisir un bloc avec la composante infiltrante la plus importante.
 - o Nous envoyer 2 coupes de 10µm de tissu, chacune dans un microtube de 1,5 ml étiqueté avec l'identité de la patiente (nom, prénom, date de naissance)
 - Si < 30% de cellules tumorales :
 - o Une macrodissection est nécessaire
 - o Faire une sélection pour obtenir un ratio à 30% puis nous envoyer 4 coupes de 10µm (2 coupes par microtube)
 - o Lorsque la macrodissection n'est pas réalisée par vos soins, nous envoyer 6 tames blanches de 10 µm avec étiquette de la zone d'intérêt à macrodissecter.

Indiquer obligatoirement sur copie du compte rendu d'examen anatomopathologique correspondant au prélèvement

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR REFERENT
NOM	NOM PRENOM
Prénom	Adresse e-mail
Nom de naissance	N° ADEL
Date de naissance : () () () () () ()	
Sexe : ()	

CADRE A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE PATHOLOGISTE (correspondant)

Date de prélèvement : () () () () () ()	
N°anapath : _____	
Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Pièce opératoire	
Matériel envoyé : <input type="checkbox"/> Lames <input type="checkbox"/> Copieuses <input type="checkbox"/> Bloc	
Date d'envoi au laboratoire Biologie Moléculaire : () () () () () ()	

"DONNEES INDISPENSABLES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'EXAMEN et UN RENDU DE RESULTATS"

* Pourcentage cellules tumorales / nbr total de cellules : _____ % Macrodissection oui non

* Taille de la tumeur : _____ mm pT _____

* Nombre de ganglions envahis : _____

**FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN
DETERMINATION DU STATUT BRCA ET HRD
DANS LE CANCER EPITHELIAL AVANCE DE HAUT GRADE
DE L'OVAIRE, DES TROMPES DE FALLOPE OU
PERITONEAL PRIMITIF**

Consulter les informations importantes au verso de la feuille de demande

CH DE VERSAILLES C1985 Q

PATIENTE	MEDECIN PRESCRIPTEUR REFERENT
NOM	NOM PRENOM
Prénom	Adresse e-mail
Nom de naissance	N° ADEL
Date de naissance : () () () () () ()	

A SIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR

« Je confirme que la Patiente mentionnée ci-dessus a donné son consentement éclairé concernant l'envoi de tissu tumoral à Myriad aux USA pour analyse ».

Signature du Médecin : _____ Cachet obligatoire

CADRE A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE PATHOLOGISTE (correspondant)

Date de prélèvement : () () () () () ()	
N°anapath : _____	
Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Pièce opératoire (recommandé)	
Matériel envoyé : <input type="checkbox"/> Lames <input type="checkbox"/> Copieuses <input type="checkbox"/> Bloc	
Cellularité tumorale (%) () () () () () ()	
Date d'envoi au Laboratoire Biologie Moléculaire : () () () () () ()	

Matériel tumoral à analyser : Tumeur primitive Ovaire Métastase Autre

**FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN
GENOTYPAGE DES TUMEURS SOLIDES
(Document Recto-Verso)**

CH DE VERSAILLES - BIOLOGIE MOLECULAIRE COMPTE CLIENT 19885 Q

IMPORTANT - CHECK LIST AVANT ENVOI

- ✓ Quel matériel envoyer ?
 - Pour les analyses de biologie moléculaire :
 - o Si > 20% de cellules tumorales : envoyer des tames (ou têtes HES et 5 tames blanches à 5µ)
 - o Si > 50% de cellules tumorales : envoyer des coupes (ou un tube sec 15 coupes à 5µ)
 - Pour les analyses FISH :
 - o 3 tames blanches à 5µ pour chaque tumeur
- ✓ Journaux obligatoirement une copie du compte rendu d'examen anatomopathologique correspondant au prélèvement

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR REFERENT
NOM	NOM PRENOM
Prénom	Adresse e-mail
Nom de naissance	N° ADEL
Date de naissance : () () () () () ()	
Sexe : ()	

CADRE A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE PATHOLOGISTE (correspondant)

Date de prélèvement : () () () () () ()	
N°anapath : _____	
Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Pièce opératoire (recommandé)	
Matériel envoyé : <input type="checkbox"/> Lames <input type="checkbox"/> Copieuses <input type="checkbox"/> Bloc	
Cellularité tumorale (%) () () () () () ()	
Date d'envoi au Laboratoire Biologie Moléculaire : () () () () () ()	

Matériel tumoral à analyser : Tumeur primitive Ovaire Métastase Autre



ACHEMINEMENT DES PRELEVEMENTS DES SERVICES DE SOIN DESTINES A L' ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (ACP)

Prélèvement SANS formol		Prélèvement avec autre fixateur	Prélèvement AVEC formol
Etats frais Immunofluorescence (IFD) Lavage broncho-alvéolaire (LBA) Aspiration bronchique	Liquides	Cytoponctions (Cytolyt [®]) Frottis cervico-utérin (Preservcyt [®])	Biopsies Curetages
			
Acheminement direct en ACP ↓ <u>Service d'anatomie Pathologique</u> <u>Pavillon Aubert</u> <u>8H30/16H30</u> <u>SAUF WE ET JOURS FERIES</u>	↓ 	↓ <u>Centre de tri du laboratoire central</u> <u>24H/24</u> 	



ACHEMINEMENT DES PRELEVEMENTS DU BLOC OPERATOIRE DESTINES A L' ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (ACP)

Prélèvement SANS formol		Prélèvement AVEC formol
<p>Etats frais Extemporéné</p>	<p>Liquides</p>	<p>Biopsies Curetages Pièces opératoires</p>
		
<p><u>Acheminement direct en ACP</u></p> <p>↓</p> <p><u>Service d'anatomie Pathologique Pavillon Aubert 8H30/16H30 SAUF WE ET JOURS FERIES</u></p>	<p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;"> <p><u>BLOC OPERATOIRE</u></p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <p><u>Acheminement en ACP par le coursier du bloc</u></p>	



TRANSMISSION DES RESULTATS

- **Transmission orale possible**

- Par le pathologiste responsable de l'examen, suivi d'une transmission écrite
- Exemple : cas urgent

- **Transmission écrite par un compte-rendu**

- Consultable en version numérique sur le serveur ALIZE
- Envoi au médecin prescripteur en version papier

- **Délai moyen de rendu des résultats**

- Biopsie : 2 à 10 jours ouvrés
- Pièce opératoire : 8 à 15 jours ouvrés
- Cytologie de liquide : 3 à 5 jours ouvrés (frottis cervico-utérin : 3 à 4 semaines)