

## 1. A renseigner par le **pathologiste local**

Nom du service d'ACP \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_  
 Centre coordinateur : Oui  Non   
 Nom du pathologiste \_\_\_\_\_  
 Date du prélèvement \_\_\_\_\_  
 N° d'enregistrement \_\_\_\_\_  
 Diagnostic \_\_\_\_\_  
 Grade \_\_\_\_\_  
 Code SNOMED \_\_\_\_\_  
 Date du diagnostic \_\_\_\_\_  
 Congélation : Oui  Non   
 Référence congélation \_\_\_\_\_  
 CRB de stockage \_\_\_\_\_  
**2<sup>ème</sup> lecture demandée** : Oui  Non

Nom du patient \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Date de chirurgie \_\_\_\_\_  
 Coordonnées chirurgien \_\_\_\_\_

### Protocole :

Tumeur dont le **diagnostic relève du réseau**   
 - Demande **systematique** du pathologiste   
 - Demande d'**avis** du pathologiste   
 - Demande du **clinicien**   
 - Demande du **patient**   
 Autre demande de relecture **hors listing**

### Matériel / Documents fournis:

Lames HE : Oui  Non  Nb : \_\_\_\_\_  
 Lames IHC : Oui  Non  Nb : \_\_\_\_\_  
 Bloc : Oui  Non  N° : \_\_\_\_\_

Imagerie : Oui  Non   
 Double CR initial : Oui  Non   
*Je suis d'accord pour que le bloc soit gardé*   
*Je ne suis pas d'accord pour que le bloc soit gardé*

## 2. A renseigner par le **coordinateur interrégional (CIR)**

MB. Delisle  D. Figarella-Branger  G. Gauchotte  C. Godfraind  F. Labrousse  CA. Maurage  K. Mokhtari  A. Rousseau   
 E. Uro-Coste  P. Varlet

N° d'enregistrement CIR \_\_\_\_\_  
 N° d'enregistrement RENOP \_\_\_\_\_  
 Diagnostic \_\_\_\_\_  
 Grade \_\_\_\_\_  
 Code SNOMED \_\_\_\_\_

**Ecart de diagnostic** ACP/CIR: Oui  Non   
 Ecart porte sur: Typage  Sous-typage  Grade

**3<sup>ème</sup> lecture demandée** : Oui  Non

Cas revu en réunion de concertation interrégionale

Oui  Non  Date : \_\_\_\_\_

### Matériel / Documents disponibles

Bloc: Oui  Non  Bloc gardé: Oui  Non   
 Lames HE : Oui  Non   
 Lames IHC : Oui  Non   
 Imagerie : Oui  Non   
 Double CR initial : Oui  Non   
 Techniques complémentaires réalisées : Oui  Non   
**IHC** Oui  Non  / **Biologie moléculaire** Oui  Non

## 3. A renseigner par le **coordinateur national (CN, Pr DFB)**

N° d'enregistrement CN \_\_\_\_\_  
 Date de relecture \_\_\_\_\_  
 Coordinateurs présents :  
 MBD  DFB  GG  CG  FL  CAM  KM  AR   
 EUC  PV   
 Autres pathologistes : Oui  Non   
 \_\_\_\_\_  
 Diagnostic \_\_\_\_\_  
 Grade \_\_\_\_\_  
 Code SNOMED \_\_\_\_\_

### Matériel / Documents disponibles

Bloc: Oui  Non  Bloc gardé: Oui  Non   
 Lames HE : Oui  Non   
 Lames IHC : Oui  Non   
 Imagerie : Oui  Non   
 Double CR initial : Oui  Non   
 Techniques complémentaires réalisées : Oui  Non   
**IHC** Oui  Non   
**Biologie moléculaire** Oui  Non   
**Ecart de diagnostic** CIR/CN: Oui  Non   
 Ecart porte sur: Typage  Sous-typage  Grade