RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE DEMANDE D'ANALYSES FACTURABLES

LABORATOIRE - ETABLISSEMENT DE SANTE

CODE DEBITEUR *
** attribué par le CHU par l'Institut Bergonié*

UAM EXTERNE CHU : 3814
UF EXTERNE INSTITUT BERGONIE : 2 338

❶NOM DU SERVICE DE FACTURATION*
** destinataire de la facture*
ADRESSE
CP **VILLE**

TELEPHONE
TELECOPIE
EMAIL |_____@_____|

❷ FATURATION DIRECTEMENT ADRESSEE AUX DEBITEURS DU PATIENT *(cf 3. identification des débiteurs ci-après)*

1. IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

REFERENCE* A TRANSMETTRE POUR L'IDENTIFICATION |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

** cette référence,de 10 caractères maximum, sera transmise sur la facture etablie par le chu de bordeaux et permettra au demandeur d'identifier la prestation realisée*

DATE DE LA DEMANDE |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM D'USAGE |_____| **SEXE M☐ F☐**

NOM DE FAMILLE* |_____|

** nom de naissance ou patronymique*

PRENOM DE L'ETAT CIVIL |_____|

NE(E) LE |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

ADRESSE |_____|

|_____|

|_____|

CP |_____| **VILLE** |_____|

ZONE RESERVEE
ETIQUETTE CHU /
INSTITUT BERGONIE

3. IDENTIFICATION DES DEBITEURS

La facturation des examens sollicités peut être réalisée par le CHU de Bordeaux et par l'Institut Bergonié aux débiteurs du patient à la stricte condition que soient jointes à la présente fiche :

- *L'attestation papier de la carte vitale du patient*
- *La copie recto-verso de la carte de mutuelle du patient*
- *La copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)*

A défaut (ou si des actes hors noenclatures sont réalisés), le CHU de Bordeaux et l'Institut Bergonié factureront au demandeur l'ensemble des examens réalisés, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Le demandeur est donc responsable de la qualité et de l'exhaustivité des informations saisies et transmises, seules à même de garantir la facturation des analyses réalisées.
Le demandeur est réputé respecter les exigences de l'article R162-17 du code de la sécurité sociale, en termes de consentement du patient et d'information sur les tarifs (examens non remboursés).

CONTACT CHU DE BORDEAUX : cellule de facturation des laboratoires 05 57 82 11 26 facturation.biologie@chu-bordeaux.fr
CONTACT INSTITUT BERGONIE : bureau de facturation 05 56 33 78 35 Accueil-Consult@bordeaux.unicancer.fr

PRESCRIPTION DE RECHERCHE D'ANOMALIES MOLECULAIRES POUR LE PROGRAMME AcSé

TUMEURS SOLIDES

à compléter par le médecin prescripteur et à transmettre au pathologiste

Identification MEDECIN PRESCRIPTEUR *(ou tampon)*	**Identification PATIENT** *(ou étiquette)*
Nom et coordonnées : Tél : Fax : **Signature :**	**NOM D'USAGE** |_____| **SEXE M☐ F☐** **NOM DE FAMILLE*** |_____| ** nom de naissance ou patronymique* **PRENOM DE L'ETAT CIVIL** |_____| **NE(E) LE** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Age : ☐ > 18 ans ☐ < 18 ans **ADRESSE** |_____| **CP** |_____| **VILLE** |_____|

Type tumoral :

- ☐ Cancer colorectal
- ☐ Cancer de l'estomac
- ☐ Cholangiocarcinome
- ☐ Cancer du foie
- ☐ Neuroblastome
- ☐ Cancer de l'ovaire
- ☐ Cancer du poumon non à petites cellules
- ☐ Cancer du rein
- ☐ Cancer du sein
- ☐ Cancer de la thyroïde
- ☐ Tumeur myofibroblastique Inflammatoire
- ☐ Rhabdomyosarcome

Centre investigateur ACSé* : ☐ CHU ☐ Institut Bergonié ☐ Autre _____

Date de prescription :

** critère obligatoire*

À compléter par le pathologiste et à transmettre à la plateforme de génétique moléculaire

Identification du Laboratoire d'anatomie pathologie *(Nom et coordonnées)*	**Date du prélèvement :** **Référence du bloc envoyé :** **Site :** ☐ Tumeur primitive ☐ Métastase (préciser) : **Type de prélèvement :** ☐ Pièce opératoire ☐ Biopsie ☐ Autre (préciser) : **Type de fixateur utilisé :** ☐ Formol ☐ Autre, préciser : **Date d'envoi à la plateforme :**

Joindre le double du CR anapath, le bloc et la lame HES

Coordonnées de la Plateforme de Génétique Moléculaire des Cancers d'Aquitaine

- Pr Merlio – CHU de Bordeaux – Service de biologie des tumeurs – Hôpital Haut-Levêque – Av. de Magellan – 33604 Pessac 05 57 65 67 68 (sec) – 05 57 65 63 72 (fax) - biologie-tumeurs@chu-bordeaux.fr
- Dr Soubeyran – Institut Bergonié – département de biopathologie – unité de pathologie moléculaire - 229 cours de l'Argonne – 33076 Bordeaux Cedex - 05 56 33 04 36/37 (sec) - 05 56 33 04 38 (fax) – i.soubeyran@bordeaux.unicancer.fr ou pour le secrétariat : i.lepolles@bordeaux.unicancer.fr ou e.deney@bordeaux.unicancer.fr