

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**

① NOM DU SERVICE DE FACTURATION*

* destinataire de la facture

ADRESSE

CP **VILLE**

TELEPHONE

TELECOPIE

EMAIL | _____ @ _____ |

② 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 établie par le chu de bordeaux et permettra au demandeur d'identifier la prestation réalisée

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 nomenclatures 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 <i>(ou tampon)</i>	Identification PATIENT <i>(ou étiquette)</i>
Nom et coordonnées :	NOM D'USAGE _____ SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tél :	NOM DE FAMILLE* _____ <small>* nom de naissance ou patronymique</small>
Fax :	PRENOM DE L'ETAT CIVIL _____
Signature :	NE(E) LE __ _ __ _ __ _ _ _ _
	Age : <input type="checkbox"/> > 18 ans <input type="checkbox"/> < 18 ans Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
	ADRESSE _____
	CP _____ VILLE _____

Localisation tumorale : ● Cohorte ouverte dans AcSé crizotinib ● Cohorte ouverte dans AcSé vemurafenib

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer colorectal ●
<input type="checkbox"/> Cancer de l'estomac ●
<input type="checkbox"/> Cholangiocarcinome ● ●
<input type="checkbox"/> Cancer du foie ●
<input type="checkbox"/> Cancer du rein ●
<input type="checkbox"/> Cancer de la vessie ●
<input type="checkbox"/> Cancer de la prostate ● | <input type="checkbox"/> Cancer de l'ovaire ● ●
<input type="checkbox"/> Cancer de la thyroïde ● ●
<input type="checkbox"/> Tumeur spitzoïde ●
<input type="checkbox"/> Cancer du poumon non à petites cellules ● ●
<input type="checkbox"/> Sarcomes ● | <input type="checkbox"/> GIST ●
<input type="checkbox"/> Glioblastome ●
<input type="checkbox"/> Neuroblastome ●
<input type="checkbox"/> Tumeur Myofibroblastique Inflammatoire ● ●
<input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome ● ● |
|---|---|---|

Patient au stade avancé ou métastatique

Date de la prescription : ___/___/___

Centre investigateur ACSé* : CHU Institut Bergonié Autre _____

Si autre protocole, préciser le nom (ex : Saphir....) : _____

* critère obligatoire

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

Identification du Laboratoire d'anatomie pathologie <i>(Nom et coordonnées)</i>	Date du prélèvement :
	Référence du bloc envoyé :
	Site : <input type="checkbox"/> Tumeur primitive <input type="checkbox"/> Métastase (préciser) :
	Type de prélèvement : <input type="checkbox"/> Pièce opératoire <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
	Type de fixateur utilisé : <input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
	Date d'envoi à la plateforme :

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

Version 3 – Janvier 2015