

Date de la demande :

N° de PRESTATION :

Nom* :	Nom chef d'équipe et Institut Facturée* :
Téléphone* :	Nom gestionnaire* :
Projet :	Mail* :

Prélèvements

Nature :	Sexe :	Age :	Poids :	Génotype :
N° :	Expérience :	Date Autopsie :		

Organe	Qtte	Congélation	Paraffine	Organe	Qtte	Congélation	Paraffine

Joindre la liste des échantillons*
Recoupe selon RITA et Fixation 48h à Température ambiante recommandés
Ou préciser la fixation utilisée :
° Pour les échantillons non fixés, il est obligatoire de préciser s'ils contiennent des pathogènes
Et préciser le nom du pathogène :
Techniques à réaliser par le Service d'Histopathologie

Prestation désirée :			
<input type="checkbox"/>	Décalcification	Rapide (immunomarquages impossible)	Lente (immunomarquages possible)
<input type="checkbox"/>	Réalisation de bloc	Nombre de blocs :	
<input type="checkbox"/>	Coupe (lames sans colo ou marquage)	Coupé par le plateau LB/bloc	Coupé par l'utilisateur Sur plateau : LP / LU LB En externe
<input type="checkbox"/>	Coloration	HE lame/bloc	Colo spé Bleu Alcian : lames/bloc Bleu Toluidine : lames/bloc Mowry (PAS/BA) : lames/bloc PAS : lames/bloc Rouge Sirius : lames/bloc Safranine O : lames/bloc Trichrome de Masson : lames/bloc Autre : : lames/bloc
<input type="checkbox"/>	Immuno-marquages	IHC lames/bloc Ac I : Chromo :	IF lames/bloc Ac I : Alexa :
<input type="checkbox"/>	 lames/bloc Ac I : Chromo : lames/bloc Ac I : Alexa :
<input type="checkbox"/>	Numérisation	Coloration	
		20X 40X	20X 40X
<input type="checkbox"/>	Lecture de lames	Profil souhaité : Normal Clair	RHE Extended Legacy
<input type="checkbox"/>		Nombre de lames : Marquage effectué :	

