

**Fiche de suivi à joindre à tout envoi de biopsie**

**Renseignement sur le patient**

<b>Code d'identification du patient pour l'étude :</b> _____  <b>Préciser le lieu de la biopsie : .....</b>	Etiquette avec identification complète du patient :
--	---

**Expéditeur**

<b>Adresse du site investigateur :</b>	Hôpital ..... Adresse ..... Ville .....
--	---

**Biopsie cérébrale**

Date et heure de la biopsie	Préciser	Commentaires
_ _   _ _ _ _ _    _ _  h  _ _  min	<input type="checkbox"/> Formol <input type="checkbox"/> Glutaraldéhyde <input type="checkbox"/> Congelé	

<b>Nom</b>	
<b>Signature</b>	
<b>Date d'envoi</b>	_ _   _ _ _ _ _

**LABORATOIRE DESTINATAIRE**  
 Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie-Pathologie  
 Hôpital Lariboisière - A l'attention du Pr Françoise Gray  
 2, rue Ambroise Paré - 75 475 Paris cedex 10  
 Tél. : 01 49 95 83 30 / Fax : 01 49 95 85 36

Personne qui réceptionne et observation à réception

Nom \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ Heure : \_\_\_ \_\_\_ h \_\_\_ \_\_\_

Conformité des échantillons à la réception :  Oui  Non

Si non,

- Fiche mal renseignée
- Non respect du délai de transmission
- Non respect des conditions de transport
- Autre(s) remarque(s) : \_\_\_\_\_

**A réception des tubes au laboratoire, merci de faxer ce document au Dr de Boysson au 01 58 41 14 60 et à l'URC/CIC Cochin-Necker au 01 58 41 11 83 à l'attention de Clément Lebrun et Séverine Poignant**