

Remplir les informations concernant le demandeur

Dire si vous récupérez les blocs ou s'ils sont stockés au plateau

Remplir les informations concernant les modèles

Remplir les informations concernant les échantillons et leur quantité (= Qtte)

Cocher LES prestations souhaitées

Remplir en cas de tissus osseux

Lames sans aucun traitement  
LP = lames fournies par le plateau  
LU = lames fournies par l'utilisateur

Préciser le nb de lames par bloc pour la/les colos spé souhaités + les GAP entre lames si besoin

Genotoul Anexplor DEMANDE DE PRESTATION - PRELEVEMENTS  
ANEXPLO - US06 - SERVICE HISTOPATHOLOGIE PURPAN ANEXPLO/HI/F01

Date de la demande : N° de PRESTATION :

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

**Prélevements**

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

Organe	Qtte	Congélation	Paraffine	Organe	Qtte	Congélation	Paraffine
Rate	10		X				

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 :

Genotoul Anexplor DEMANDE DE PRESTATION - PRELEVEMENTS  
ANEXPLO - US06 - SERVICE HISTOPATHOLOGIE PURPAN ANEXPLO/HI/F01

**Informations complémentaires**

Orientation du prélèvement	Sur la tranche de coupe (selon le RITA)
Récupération des blocs	OUI NON

Mettre la liste des échantillons qui devra être également envoyée dans un fichier EXCEL en cas de demande de numérisation

**Techniques à réaliser par le Service d'Histopathologie**

Prestation désirée :  
 Décalcification Rapide (immunomarquages impossible) Lente (immunomarquages possible)  
 Réalisation de bloc Nombre de blocs :  
 Coupe (lames sans colo ou marquage) Coupé par le plateau (3) LB/bloc Sur plateau (LP/ LU) (2) LB/bloc En externe  
 Coloration HE (1) lame/bloc  
 Colo spé  
 Bleu Alcian : ..... lames/bloc  
 Bleu Toluidine : ..... lames/bloc  
 Mowry (PAS/BA) : ..... 1 ..... lames/bloc  
 PAS : ..... lames/bloc  
 Rouge Sirius : ..... lames/bloc  
 Safranine O : ..... lames/bloc  
 Trichrome de Masson : ..... lames/bloc  
 Autre : ..... lames/bloc

	IHC		IF	
	Ac I	Chromo	Ac I	Chromo
<input checked="" type="checkbox"/> Immunomarquages	..... lames/bloc	..... lames/bloc	Ac I : F4/80 rabbit α-mouse	..... lames/bloc
	..... lames/bloc	..... lames/bloc	Alexa : ..... 488	..... lames/bloc
	Ac I : ..... lames/bloc	..... lames/bloc	Ac I : ..... lames/bloc	..... lames/bloc
	Chromo : ..... lames/bloc	..... lames/bloc	Alexa : ..... lames/bloc	..... lames/bloc

Numérisation  
 Coloration 20X 40X 20X 40X  
 Profil souhaité : Normal Clair RHE Extended Legacy

**Engagements et validation**

<b>Demandeur</b> <input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du document « Conditions d'accès et d'utilisation » mentionnant les modalités des prestations et les engagements des deux parties. <input type="checkbox"/> Le m'engage à citer le service dans le paragraphe « remerciements » ou « matériel et méthodes » des publications émanant de résultats obtenus avec ses équipements ou/et l'intervention du personnel du service, ainsi que dans tout type de communication (posters et présentations orales). Date / / Signature du demandeur	<b>Service</b> Date / / Signature du service
--	--

Validation fin de la prestation : date de récupération et signature sur la fiche de récupération  
\*OBLIGATOIRE

Partie à remplir par l'utilisateur

Partie réservée au service NE PAS REMPLIR !

Date de la demande :

N° de PRESTATION :

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

**Prélèvements**

Espèce :	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 Nb LB/bloc : .....	Coupé par l'utilisateur Sur plateau : LP / LU ..... LB/bloc
<input type="checkbox"/>	Coloration	HE Nb lames/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 Nb lames/bloc : ..... Ac I : ..... Chromo : .....	IF Nb lames/bloc : ..... Ac I : ..... Alexa : .....
<input type="checkbox"/>	Numérisation	Coloration 20X                      40X Normal                      Clair	Immunomarquages 20X                      40X RHE Extended                      Legacy

