

# FICHE DE TRAÇABILITE

## IDENTIFIANT DU PATIENT (étiquette)

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance .....

## CHIRURGIEN PRESCRIPTEUR

**NOM**  
Téléphone

ETABLISSEMENT OU LE PATIENT A  
ETE OPERE (cachet)

### Prélèvement

Date :  
Organe :  
Localisation :  
H:MIN de dévascularisation/exérèse :

cachet/signature chirurgien

## MEDECIN ANATOMO-PATHOLOGISTE

**NOM**  
Téléphone

cachet/signature anatomo-  
pathologiste

### Prélèvement

H:MIN de conditionnement :  
Bloc miroir effectué :    oui    non

Zone	Conditionnement	Nombre de tubes
TISSU TUMORAL	RNA-Later Azote liquide	
TISSU NORMAL	RNA-Later Azote liquide	

## TUMOROTHEQUE

### Prélèvement

Date  
H:MIN de transfert :  
H:MIN de congélation :

N° de congélation :  
Emplacement de congélation :