

INFORMATIONS SUR LE SUJET		
ID de l'étude portant sur le patient	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Diagnostic

INFORMATIONS SUR LE SITE/L'INSTITUTION				
Nom du site/de l'institution	Numéro du site	Téléphone		Fax
Adresse, unité	Ville	État	Code postal	Pays
Chercheur principal/médecin prescripteur		Adresse électronique		

OPTIONS DE TEST DU PANEL : Sélectionnez une option	
Tumeur solide	<input type="radio"/> xT Tumeur solide + normale tissu FFIP et sang total périphérique
	<input type="radio"/> xT Tumeur solide uniquement (recommandé lorsqu'il est impossible d'obtenir un échantillon normal correspondant) tissu FFIP
	<input type="radio"/> xT Tumeur solide + normale + xF Conversion tissu FFIP et sang total périphérique
	<input type="radio"/> xF Biopsie liquide sang total périphérique
	<input type="radio"/> xE Tumeur de l'exome entier + normale tissu FFIP et sang total périphérique
	<input type="radio"/> xE Tumeur de l'exome entier seulement tissu FFIP

DÉLAI DE L'ÉTUDE (LE CAS ÉCHÉANT POUR L'ESSAI CLINIQUE)	
Délai de l'étude	
<input type="checkbox"/> Dépistage	<input type="checkbox"/> Base de référence
<input type="checkbox"/> Traitement : Cycle ____ Jour ____	<input type="checkbox"/> Fin du traitement
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

INFORMATIONS SUR L'ÉCHANTILLON	
<input type="radio"/> Échantillon de tumeur Type d'échantillon : <input type="checkbox"/> Bloc FFIP <input type="checkbox"/> Lames FFIP <input type="checkbox"/> Autre : _____ Date de prélèvement : _____ N° de dossier de pathologie : _____ N° de bloc de pathologie : _____ Nombre de lames : _____ Date de coupe des lames : _____ Site anatomique : _____ Pourcentage de la tumeur : _____ Procédure de prélèvement des échantillons : <input type="checkbox"/> Biopsie au trocart <input type="checkbox"/> Biopsie incisionnelle <input type="checkbox"/> Biopsie exérèse <input type="checkbox"/> Autre : _____ <i>NOTE : Si cela est exigé dans le cadre de l'étude, veuillez joindre un rapport de pathologie désidentifié.</i>	<input type="radio"/> Échantillon de sang <input type="checkbox"/> Échantillon 1 Date de prélèvement : _____ <input type="checkbox"/> Échantillon 2 Date de prélèvement : _____

PERSONNEL SUPPLÉMENTAIRE À METTRE EN COPIE (POUR LES RÉSULTATS ET LA COMMUNICATION)	
Nom	Email

FORMULAIRE REMPLI PAR	
Nom	Email

SIGNATURE DU CHERCHEUR/DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ	
Signature	Date de la signature (MM/JJ/AAAA)

Veuillez vous référer à votre accord avec Tempus pour connaître les restrictions que votre institution a pu imposer à votre transfert de données. Tempus ne peut recevoir que des informations médicales approuvées par votre institution.