



DEMANDE D'EXAMEN DE MICROSCOPIE ELECTRONIQUE A TRANSMISSION

Coordonnées du patient :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe :

Etiquette du patient

Coordonnées du médecin prescripteur :

Facture à adresser à :

Nature de la biopsie :

Rein BGSA GA Peau Cœur Foie Estomac Moelle osseuse

Biopsie congelée Biopsie dans le fixateur Biopsie incluse en résine Grille d'observation

Liquide : Sang Urine

Fixateur utilisé : Glutaraldéhyde 3% Paraformaldéhyde Trump

Condition d'envoi : Température ambiante 4°C Carboglace

Type d'examen demandé : Microscopie électronique à transmission Immunogold

Matériel joint : Lames colorées Photos Bloc paraffine

**MERCI DE JOINDRE L'ENSEMBLE DU DOSSIER CLINIQUE ET LES
COMPTE-RENDUS DES EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES**

En cas de demande de renseignements merci de nous contacter au 05.49.44.31.96.

Mail : sihem.kaaki@chu-poitiers.fr et cecile.ory@chu-poitiers.fr