



## 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](mailto:sihem.kaaki@chu-poitiers.fr) et [cecile.ory@chu-poitiers.fr](mailto:cecile.ory@chu-poitiers.fr)