

Cadre réservé au labo
Date et heure de réception:

N° de demande:

CNC:

IDENTIFICATION PATIENT

NOM
Prénom:
Date de naissance:
Adresse:

NISS:

MEDECIN PRESCRIPTEUR:

Nom:
Prénom:
Adresse:
N° INAMI

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT:

HEURE DE FIXATION:

Signature:

Copie(s) des résultats au(x) docteur(s):

NATURE, LOCALISATION DU/DES PRELEVEMENT(S) ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Pharmacodiagnostic (immuno-histochimie)	<u>Biologie moléculaire</u>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> EGFR <input type="radio"/> Récepteurs oestrogènes <input type="radio"/> Récepteurs progestérone <input type="radio"/> Her2-neu <input type="radio"/> c-kit (CD117) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mutation EGFR (en fonction du diagnostic) <input type="radio"/> ALK <input type="radio"/> Mutation K-RAS <input type="radio"/> MSI –tumeurs colo-rectales (instabilité des microsatellites) <input type="radio"/> HER2 <input type="radio"/> EBER (Epstein Barr early RNAs) <input type="radio"/> BRAF <input type="radio"/> Autre

QUALITE DU PRELEVEMENT (à remplir par le pathologiste)
- Nature du prélèvement:
- Diagnostic:
- % de cellules tumorales par rapport au prélèvement entouré: