

Laboratoire d'Anatomie Pathologique et de Cytologie
 Av. Thérèse 1 Tél: 081/42 30 12
 5530 YVOIR Fax: 081/42 30 16

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>	<u>Autres</u>
<input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> Récepteurs oestrogènes <input type="checkbox"/> Récepteurs progestérone <input type="checkbox"/> Her2-neu <input type="checkbox"/> c-kit (CD117) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NGS (colorectal, pulmonaire, mélanome,...) <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> ROS-1 <input type="checkbox"/> MSI (instabilité des microsatellites) <input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> EBER (Epstein Barr early RNAs) <input type="checkbox"/> Typage HPV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immuno P16 <input type="checkbox"/> PDL1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Cadre RESERVE au PATHOLOGISTE