

**PRESCRIPTION DE SIGNATURE D'EXPRESSION GENIQUE  
DANS LE CANCER DU SEIN**

1393-V3

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16  
SECRETARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 47 / Fax : 04 91 22 35 44

Ne pas remplir  
(Réservé au laboratoire)  
Numéro  
d'enregistrement

Renseignements Patient (Étiquette à coller ici)	Prescripteur
Nom de naissance : .....	Date de la demande : .....
Nom usuel : .....	Nom - Prénom : .....
Prénom : .....	Établissement : .....
Date de naissance : .....	Adresse ou service : .....
Sexe : ..... IPP : .....	.....
	E.mail : .....
	Signature : .....
	Cachet : .....

**PROSIGNA**



**ONCOTYPE** (Patients IPC uniquement)

JOINDRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Renseignements cliniques	Renseignements échantillon
Résultats des récepteurs aux œstrogènes : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	Date et heure de prélèvement : .....
Résultats des récepteurs à la progestérone : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	Fixateur : <input type="checkbox"/> 1 bloc <input type="checkbox"/> 6 lames blanches à 10µm + 1HES
Résultats du HER2 : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Équivoque	Numéro du bloc transmis : .....
Classification pTNM UICC 2017 (8ème édition) : pT : ..... pN : ..... pM : .....	Nom du préleveur : .....
Taille de la tumeur en mm : ..... X ..... X .....	Merci d'envoyer de préférence 1 bloc (tumeur primaire / biopsie au diagnostic)
Nombre de ganglions envahis : .....	<i>Veillez inclure le rapport d'anatomopathologie avec l'envoi de l'échantillon</i>
<i>Demande externe : joindre une photocopie du compte-rendu d'anatomopathologie.</i>	
<i>Statut ménopausique :</i>	
<i>Nom/code étude (pas obligatoire)</i>	

**Engagement de paiement** (pour les patients externes Prosigna)

**Établissement à facturer**

Nom : .....

Adresse : .....

Établissement : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Cachet

**Renseignements obligatoires. Non renseignés, l'examen ne sera pas réalisé.**

**RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC**

Date de réception :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	
		Oui	Non
		Motif : .....	
Date de réception technique :	Heure de réception et nom :	Conformité de la demande :	
		Oui	Non
		Motif : .....	