

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

1393-V4

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT 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)

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : IPP :

Prescripteur

Date de la demande :
Nom - Prénom :
Établissement :
Adresse ou service :
E.mail :
Signature :
Cachet :

☐ **LESS**

☐ **PROSIGNA**

☐ **Grade 1** ☐ **Grade 2**



☐ **ONCOTYPE** (Patients IPC uniquement)

JOINDRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Renseignements cliniques

Résultats des récepteurs aux œstrogènes : ☐ Négatif ☐ Positif
Résultats des récepteurs à la progestérone : ☐ Négatif ☐ Positif
Résultats du HER2 : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Équivoque
Classification pTNM UICC 2017 (8ème édition) : pT : pN : pM :
Taille de la tumeur en mm : X X
Nombre de ganglions envahis :
Demande externe : joindre une photocopie
du compte-rendu d'anatomopathologie.
Statut ménopausique :
Nom/code étude (pas obligatoire) :

Renseignements échantillon

Date et heure de prélèvement :
Fixateur : ☐ 1 bloc ☐ 6 lames blanches à 10µm + 1HES
Numéro du bloc transmis :
Nom du préleveur :
Merci d'envoyer de préférence 1 bloc
(tumeur primaire / biopsie au diagnostic)

Veuillez inclure le rapport d'anatomopathologie
avec l'envoi de l'échantillon

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 :		