

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

1393-V5

RÉCEPTION CENTRALE : 04 91 22 34 21 / FAX : 04 91 22 36 16
SECRÉTARIAT BIOPATHOLOGIE : 04 91 22 34 57 / 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 :

LESS

PROSIGNA



ONCOTYPE (Patients IPC uniquement)

Grade 2 (sauf pT1a, pT1b, pT2 et/ou pN1mi)

JOINDRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Renseignements cliniques	Renseignements échantillon
Résultats des récepteurs aux œstrogènes : ? Négatif ? Positif	Date et heure de prélèvement :
Résultats des récepteurs à la progestérone : ? Négatif ? Positif	Fixateur : ? 1 bloc ? 6 lames blanches à 10µm + 1HES
Résultats du HER2 : ? Négatif ? Positif ? 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 :	