

DEMANDE D'EXAMEN **FISH/ SISH DU STATUT HER-2/Neu** DANS UNE TUMEUR SOLIDE

<p><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette) :</u></p> <p>Nom :.....</p> <p>Prénom :.....</p> <p>Adresse :..... </p> <p>Date naissance :.....</p> <p>Mutuelle :.....</p> <p>NISS :.....</p>	<p><u>Identification Médecin(s) prescripteur(s) :</u></p> <p>Médecin prescripteur (oncologue ou autre) dans le cadre d'un programme de soins oncologiques reconnus : </p> <p>N°INAMI :.....</p> <p>Médecin anatomopathologiste : </p> <p>N°INAMI :.....</p>
--	--

Information prélèvement :

<p>1. Numéro échantillon :.....Bloc :.....</p> <p>2. Tissu :.....</p> <p>3. Type de fixation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formol tamponné <input type="radio"/> • Formol non tamponné <input type="radio"/> • Autre :..... <p>4. Score Immuno C-erbB-2 : 0 / 1+ / 2+ / 3+</p>	<p>5. Délai de fixation : <input type="radio"/>inconnu <input type="radio"/>< 1h <input type="radio"/>1-6h <input type="radio"/>6-48h <input type="radio"/>>48H</p> <p>6. Temps de fixation : <input type="radio"/>inconnu <input type="radio"/>< 1h <input type="radio"/>1-6h <input type="radio"/>6- 48h <input type="radio"/>48-72H <input type="radio"/>>72H</p> <p>7. Date prélèvement :.....Heure :.....</p>
---	---

Renseignements cliniques :

.....

.....

Type de tumeur :

Autre :

.....

Date :.....**Heure:**

Signature :.....

Tous nos formulaires de demandes d'analyses ainsi que notre manuel de prélèvement d'échantillons primaires sont téléchargeables sur notre site web www.cmplab.be. Veuillez en prendre connaissance.