

**Cadre Médico-Technique**  
**Supérieur**  
 Patricia Parc

**Cadre Médico-Technique**  
 Sylvie Portelli

**Technicienne principale**  
 Christine Lavezzi/Maroc  
 Tél. : 04 91 22 34 54

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

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

1393-V1

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

<p align="center"><b>Renseignements Patient</b>                  (Étiquette à coller ici)</p> <p>Nom de naissance : .....</p> <p>Nom usuel : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Sexe : ..... IPP : .....</p>	<p align="center"><b>Renseignements échantillon</b></p> <p>Date et heure de prélèvement : .....</p> <p>Fixateur :  <input type="checkbox"/> 1 bloc    <input type="checkbox"/> 6 lames blanches à 10µm + 1HES</p> <p>Numéro du bloc transmis : .....</p> <p>Nom du préleveur : .....</p> <p>Merci d'envoyer de préférence 1 bloc                  (tumeur primaire/biopsie au diagnostic)</p>
<p align="center"><b>Prescripteur</b></p> <p>Date de la demande : .....</p> <p>Nom Prénom : .....</p> <p>Établissement : .....</p> <p>Adresse ou service : .....</p> <p>E.mail : .....</p> <p>Signature</p> <p>Cachet</p>	<p align="center"><b>Engagement de paiement</b>  <b>Établissement à facturer</b></p> <p>Nom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Établissement : .....</p> <p>Tél. : ..... Fax : .....</p> <p>Cachet</p> <p><b>Renseignements obligatoires. Non renseignés, l'examen ne sera pas réalisé.</b></p>

**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 (8<sup>ème</sup> 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.

**RÉSERVÉ AU LABORATOIRE IPC**

<b>Date de réception :</b>	<b>Heure de réception et nom :</b>	<b>Conformité de la demande :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
		Motif : .....		
<b>Date de réception technique :</b>	<b>Heure de réception et nom :</b>	<b>Conformité de la demande :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
		Motif : .....		