

Prescription d'examens immuno-histologiques à visée pharmacodiagnostique et autres examens de biologie moléculaire.

Concerne le patient :

(Ou coller une étiquette)

NOM/PRENOM :

Date de Naissance :

Si d'application, **référence de l'examen histologique standard** :

Je soussigné Docteur demande la réalisation des examens suivants :

1. Examens immuno-pharmacodiagnostiques : (Cocher les cases utiles)

<input type="checkbox"/>	Récepteurs aux œstrogènes
<input type="checkbox"/>	Récepteurs à la progestérone
<input type="checkbox"/>	HER2
<input type="checkbox"/>	EGFR
<input type="checkbox"/>	CD117 (C-KIT)

2. Autres immunos - Biologie moléculaire: (Cocher les cases utiles)

IMMUNO.		BIO.MOL. - mutation	
<input type="checkbox"/>	ALK	<input type="checkbox"/>	NGS Panel POUMON
<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/>	NGS Panel COLORECTAL
<input type="checkbox"/>	PDL1	<input type="checkbox"/>	NGS Panel MELANOME
<input type="checkbox"/>	MMR : instabilité des μ satellites (4 immun.)	<input type="checkbox"/>	NGS Panel GIST
<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>	NGS Panel SEIN (hors BRCA)
<input type="checkbox"/>	Autre:	<input type="checkbox"/>	MSI (instabilité des μ satellites)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Méthylation MLH1
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mutations BRAF seul
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mutations gène BRCA1 et 2
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mutations gènes POLE et TP53
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Autre :

Cachet du prescripteur

DATE

Signature :