

**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"/>	Mutation KRAS
<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/>	Mutation BRAF
<input type="checkbox"/>	PDL1	<input type="checkbox"/>	Mutation EGFR
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mutation C-KIT
<input type="checkbox"/>	Recherche microsatellites (4 Ac)	<input type="checkbox"/>	Mutation microsatellites
<input type="checkbox"/>	Autre:	<input type="checkbox"/>	Autre :

**Attention :** KRAS non cumulable avec EGFR

**Cachet du prescripteur**

**DATE :**

**SIGNATURE :**