

UNITE DE PATHOLOGIE MORPHOLOGIQUE ET MOLECULAIRE

CENTRE OSCAR LAMBRET

A adresser à l'Unité de Pathologie Morphologique et Moléculaire (Dr Yves-Marie ROBIN)

3 rue Frédéric Combemale, BP 307, 59020 Lille Cedex

Secrétariat Tél : 03.20.29.59.48 Fax : 03.20.29.55.79 – E-mail : assistanteslaboacp@o-lambret.fr

PRESCRIPTION D'ANALYSES MOLECULAIRES SOMATIQUES TEST PROSIGNA sur TUMEUR MAMMAIRE

PRESCRIPTEUR (cachet éventuellement)	PATIENT (étiquette éventuellement)
Nom-Prénom : _____	Nom de naissance (obligatoire) : _____
Coordonnées : _____ _____	Prénom : _____ Nom d'usage : _____ Date de naissance : _____
Date de la prescription : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Signature : _____	

A remplir par le médecin prescripteur ou pathologiste

Histoire de la maladie : _____

Antécédents néoplasiques : Personnels : _____ Familiaux : _____

A remplir par le pathologiste

PATHOLOGISTE (cachet éventuellement)

Nom- Prénom : _____

Coordonnées : _____

PRELEVEMENT* (merci de joindre le compte-rendu anatomopathologique avec le bloc)

Référence du bloc : _____ Date du prélèvement : _____

Type de fixateur : formol neutre tamponé 10%

Événement : Tumeur primitive Métastase

Type histologique : _____ Tumeur : unifocale multifocale

Grade Elston et Ellis : I II III (D : ___ A : ___ M : ___)

Taille de la tumeur (cm) : _____

Nombre de ganglions prélevés : _____ Nombre de ganglions envahis : _____

Ki67 (%) : _____ RO (%) : _____ RP (%) : _____

Her2 : Immunohistochimie : 1+ 2+ 3+ Hybridation in situ (amplification) : oui non

% de tumeur au sein du tissu : _____ % de cellules tumorales au sein de la tumeur : _____

Présence de nécrose : non oui si oui % : _____

Réservé à l'Unité de Pathologie Morphologique et Moléculaire

(Dr Yves-Marie Robin, Secrétariat Tél : 03 20 29 59 48)

Date de réception : _____

N° d'enregistrement : _____

Commentaires éventuels : _____