

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 :.....