

**DATE DE LA DEMANDE :**

DATE DE RECEPTION (à remplir par SIPATH-Unilabs) :

 **URGENT** A faxer A téléphoner

Merci de préciser N° :

**IDENTIFICATION PATIENT**Sexe :  F  M

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

N° SS : \_\_\_\_\_

Nom d'usage (si différent) : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse patient(e) : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR**

Prénom /Nom /Adresse / Service :

Signature et cachet

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**FACTURATION :**  HOPITAL  CLINIQUE  PATIENT**INFORMATION PRELEVEMENT****Date de prélèvement :****Numéro d'examen :****Organe concerné :**Type de prélèvement : biopsie  pièce opératoire **Diagnostic :**

Fixateur :

Pathologiste responsable du cas :

**RECHERCHE DE MUTATION SOMATIQUE****Panel Colon**  (Recherche des mutations KRAS, NRAS, BRAF)**Panel Poumon**  (Recherche des mutations EGFR, KRAS, NRAS, BRAF)**Mélanome**  (Recherche des mutations BRAF)**MSI +/- BRAF** **BRCA\***  **NGS\***  : \_\_\_\_\_ **Autres\***  : \_\_\_\_\_

\*Examen réalisé en sous-traitance

**IMMUNOHISTOCHIMIE COMPLEMENTAIRE** PDL-1  HER 2  Alk/Ros 1  Autres : \_\_\_\_\_ MSI (Recherche d'Instabilité Micro-Satellitaire : MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)**ENVOI PREFERENTIEL DU BON DE DEMANDE D'EXAMEN PAR COURRIEL : [biomol.sipath@unilabs.com](mailto:biomol.sipath@unilabs.com)****MERCI DE JOINDRE A CE BON DE DEMANDE D'EXAMEN :**

&gt; Compte-rendu anatomo-pathologique

> **Un bloc tumoral représentatif, fixé au formol et inclus en paraffine + la lame HES correspondante**