

Demande réservée au médecin traitant :

**Analyse immuno-histologique pour la mise en évidence d'antigènes
pharmaco-diagnostiques dans le cadre de la prescription d'une médication
spécifique à la tumeur pour les patients oncologiques**

PATIENT :	
NOM, Prénom :	
Né(e) le :	Sexe :
Rue :	N° :
Code postal :	Localité :
Régime assurance :	(CT1/CT2)
N° matricule :	
Titulaire – conjoint – enfant - ascendant	
Hospitalisé : oui - non	
Si hospitalisé : SERVICE	

N° d'analyse :

Date du prélèvement :

En raison du diagnostic histologique et des indications thérapeutiques, veuillez réaliser sur le prélèvement dont la référence est indiquée ci-dessus, une recherche immunohistologique de :

- Epidermal Growth Factor Receptor
- Oestrogen Receptor (ER)
- Progesterone Receptor (PR)
- CerB2/Her2 neu
- C-kit/CD117

MEDECIN PRESCRIPTEUR :
NOM, Prénom :
N° INAMI :
HOPITAL :
SERVICE :
N° Agrément :
Médecin traitant :
Copie à :
Date et signature :

**A envoyer par fax au 04/3662919 ou par courrier au Laboratoire d'Anatomie
pathologique, Tour de Patho +1, CHU Sart Tilman, B-4000 Liège.**