

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.**