

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UNE RECHERCHE D'AMPLIFICATION DU GENE
HER2-neu PAR HYBRIDATION *in situ* ARGENTIQUE (Dual-color SISH).**

Date de la demande : Notre référence (Diamic)

IDENTIFICATION DU PATIENT	(étiquette, ou remplir tous les champs)
Nom	
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	
Adresse : Rue, numéro	
Code postal, commune	
Mutuelle :	

MEDECIN PRESCRIPTEUR :	PATHOLOGISTE DEMANDEUR
Nom, prénom :	Nom, prénom :
N ° INAMI :	N ° INAMI :

IDENTIFICATION DU PRELEVEMENT :

Votre référence	Bloc(s)	<input type="text"/>
	Lame(s)	<input type="text"/>

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE :

Carcinome PRIMAIRE du sein	(A) *#	<input type="checkbox"/>
Carcinome METASTATIQUE du sein	(A) *#	<input type="checkbox"/>
Carcinome gastrique	(B) *#	<input type="checkbox"/>
Carcinome colorectal	(A) *	<input type="checkbox"/>

(*) Dans tous les cas, un bloc, une lame HE et la lame immuno Her2 doivent accompagner la demande.

Règles INAMI : Ces tests sont remboursés 1 x maximum (A) ou 2 x maximum (B) par phase d'investigation diagnostique. Une récurrence après la première année du suivi est considérée comme une nouvelle phase. Contacter le secrétariat pour tout renseignement concernant des demandes d'analyses faites en dehors de ces règles. (#) : L'article 33ter applicable au 01 juillet 2019 impose cette distinction.

CONDITIONS DE FIXATION (mentions obligatoires) :

Le fixateur DOIT être du formol 10% tamponné

Délai de fixation (1)	<30 min	Durée de la fixation (2)	< 6 heures
	> 30 min, < 1 h		6-72 heures
	> 1 heure		> 72 heures

(1) : temps écoulé (minutes) entre l'acte chirurgical et la mise en contact avec le fixateur. (2) temps total (heures) de contact avec le fixateur.

ANALYSE IMMUNOHISTOLOGIQUE HER2/neu :

Veuillez cocher votre résultat :		
Absence totale de surexpression HER2, ER, PR :	TRIPLE NEGATIF	I-TN000
Absence de surexpression HER2, négatif	(-)	I-02450
Absence de surexpression HER2, positivité faible	(+))	I-02451
Surexpression HER2 possible	(++)	I-02452
Surexpression HER2 nette	(+++)	I-02453

Toute demande doit être faite sur ce formulaire dûment complété, disponible sur demande ou téléchargeable via ce lien : [https:// www.chuliege.be/internetchu/labos/formulaires](https://www.chuliege.be/internetchu/labos/formulaires)

Pour tout renseignement : Secrétariat d'Anatomie pathologique tél : 04-366 24 00

MQ.A11.81 / Version 3