CHwapi
LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE
ID :
Date réception LAP :
NC n°: ☐ Bloquant (A) ☐ Non-Bloquant (N)

Demande de signature moléculaire

*** Renseignements légalement obligatoires**

PATIENT : (étiquette, vignette) :	**PRESCRIPTEUR :** (cachet)
Nom* : Prénom* : Date de naissance* : Sexe* : M / F Rue * : CP + Ville* : NISS* : N° dossier : Mutuelle :	Date* : Nom – Prénom* : N° INAMI* : Adresse : Signature* : Copies protocole :

☐ **Urgence**

Dr : Tel : Fax :

Indication : type de cancer*:

☐ sein
☐ autre :

Taille :

Grade :

Status ganglionnaire :

* ***Je traite ce (cette) patient(e) et j'ai conclu que ce test est médicalement nécessaire pour le traitement de ce (cette) patient(e) car j'anticipe que ce test fournira des informations pronostiques et prédictives qui n'ont pas déjà été obtenues.***