



CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

ID :

Date réception LAP :

NC n°:

Bloquant (A) Non-Bloquant (N)

Demande d'analyses complémentaires CMO :

*** Renseignements légalement obligatoires**

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

URGENCE Dr : _____ Tel : _____ Fax : _____

SPÉCIALITÉ DU CMO (biffer les mentions inutiles) : Gastro – Gynéco – Neurochir - ORL – Pneumo – Uro - Autre.

HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES ÉVOQUÉES* :

ANALYSES COMPLÉMENTAIRES SPÉCIFIQUES :

- **DES CANCERS COLORECTAUX** : KRAS-NRAS-BRAF MSI AUTRES :
- **DES CANCERS GYNECOLOGIQUES** : BRCA1-BRCA2 AUTRES :
- **DES CANCERS PULMONAIRES** : ALK EGFR PDL1 ROS1 AUTRES :
- **DES CANCERS UROLOGIQUES** : PDL1 : TRAITEMENT : AUTRES :
- **AUTRES** :

TEST(S) À RÉALISER SUR LE(S) N° ANAPATH : Sous N° :