

Demande de Pathologie Moléculaire
TUMEURS SOLIDES

Médecin demandeur:

Nom : Dr. _____

Institution: _____

Département: _____

Adresse: _____

Ville, code postal: _____

Tél: (____) _____ - _____

Fax: (____) _____ - _____

Le numéro de fax est obligatoire et sera utilisé pour envoyer les résultats

Copie à: Dr. _____

Fax: (____) _____ - _____

Dr. _____

Fax: (____) _____ - _____

Patient:

Nom: _____

Prénom: _____

D.D.N.: _____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Genre: M F

No admission HGJ: _____

RAMQ: _____

Prélèvement

Date de la procédure: _____/____/____ (aaaa/mm/jj) Hôpital de la procédure, ville : _____

Bloc en paraffine (y compris bloc d'inclusion cellulaire) Numéro du bloc: _____

Siège: Côlon Rectal Poumon droit Poumon gauche Peau Ganglion lymphatique

Autre: _____

Type de spécimen: Résection chirurgicale Biopsie Aspiration à l'aiguille EBUS Autre: _____

Liquide cytologique Numéro du liquide: _____

Type de liquide: Pleural Péricardique Autre: _____

Autre Numéro de l'échantillon: _____ Type de prélèvement: _____

Test demandé

RAS (K et N) recherche de mutation

BRAF recherche de mutation

EGFR recherche de mutation (incluant T790M) + réarrangement de ALK

EGFR T790M (sans ALK)

Réarrangement de ALK

MLH1, analyse de la méthylation du promoteur

MSI: Tumeur, bloc #: _____
Tissue normal, bloc #: _____

Immuno-expression de PD-L1 (clone 22C3, seulement pour poumon)

Autre: _____

Joindre le compte-rendu pathologique initial avec toute demande de test de pathologie moléculaire.

Envoyer la demande et le prélèvement à:

Hôpital Général Juif
Pathologie, Pièce G102
3755 Côte Ste-Catherine
Montréal, QC H3T 1E2

Signature du médecin:

Date de la demande:

_____/____/____ (aaaa/mm/jj)

