



**Formulaire de demande de signature moléculaire Endopredict®**

PATIENT	
NOM Prénom :	_____
Nom de naissance :	_____
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
Date de naissance :	___ / ___ / _____

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
NOM Prénom :	_____
Etablissement de santé de rattachement :	_____
Date de prescription :	___ / ___ / _____
Autres destinataires du CR :	_____

PATHOLOGISTE RESPONSABLE DU DIAGNOSTIC	
NOM Prénom :	_____
Etablissement :	_____
_____	_____

PRELEVEMENT	
N° bloc :	_____
Date de prélèvement :	_____
Type de prélèvement :	_____
Tissu d'origine suspecté :	_____

Résultat des récepteurs aux œstrogènes :     Négatif                       Positif

Résultat des récepteurs à la progestérone :     Négatif                       Positif

Résultat du statut *HER2* :                       Négatif                       Positif                       Equivoque

Classification TNM de 2009 :                      pT    \_\_\_                      pN    \_\_\_                      pM    \_\_\_

Taille de la tumeur (exprimée en mm) :                      \_\_\_ x \_\_\_ x \_\_\_

Nombre de ganglions envahis :                      \_\_\_\_\_

*Responsable de l'Unité d'Anatomopathologie : Dr Laurent Arnould – larnould@cgfl.fr*  
*Tél : 03 80 73 75 14 – Fax : 03 80 73 77 17 – laboratoireanapath@cgfl.fr*

**Recherche de mutation somatique page 1**