eurofins | Biomnis

Bon de demande
Test de signature génétique pour le pronostic du
Cancer du sein Prosigna®

Département de Génétique moléculaire
17/19 avenue Tony Garnier • BP 7322
69357 Lyon cedex 07
Tél : 04 72 80 25 78 • Fax : 04 72 80 25 79
Lundi - Vendredi : 7h15 - 17h30

Réservé
Laboratoire Biomnis

ETABLISSEMENT DE SOINS | MEDECIN PRESCRIPTEUR 1

Identification | Etablissement de soins

N° de correspondant : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Etablissement : .....

Adresse : .....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Identification | Médecin prescripteur 1

N° RPPS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Email : .....

Cachet du prescripteur 1

CABINET D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | MEDECIN PRESCRIPTEUR 2

Identification | Cabinet d'anatomie et cytologie pathologiques

Cabinet : .....

Adresse : .....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Identification | Médecin prescripteur 2

N° RPPS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Email : .....

Cachet du prescripteur 2

PATIENTE

N° de S.S. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse : .....

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

PRÉLÈVEMENT

COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE À TRANSMETTRE IMPÉRATIVEMENT

Type de prélèvement : Bloc tumoral inclus en paraffine

Référence : .....

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Atteinte ganglionnaire : ☐ Non ☐ 1-3 ganglion(s) atteint(s)

Taille tumorale : ☐ ≤ 2 cm ☐ > 2 cm

FACTURATION

☐ Patiente*

**Joindre impérativement le chèque de règlement de 1 800€ à l'ordre du Laboratoire Biomnis.*

☐ Etablissement de soins

B25 - Mai 2017