eurofins | Biomnis

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

DIVISION INTERNATIONALE
17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07
Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85** - Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail : **international@biomnis.com**

Réservé
Laboratoire Biomnis

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Pays ; .....
Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Email : .....

Cachet du prescripteur

LABORATOIRE PRÉLEVEUR OU CABINET D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Numéro du correspondant : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Pays ; .....
Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Email : .....

Cachet du prescripteur

PATIENTE

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....
.....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Email : .....

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

B25-INTFR - Juillet 2016