

Requête d'analyses de biomarqueurs

CANCER DU SEIN

NOM/PRÉNOM _____
 RAMQ _____
 DATE DE NAISSANCE (AAAA/mm/jj) _____ SEXE M F
 DOSSIER _____ SITE _____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN REQUÉRANT

Nom, Prénom : _____
 N° de permis CMQ: _____
 Institution : _____
 Téléphone : _____
 Télécopieur : _____
 Date (AAAA/mm/jj) : _____

Copie à : Dr _____
 Télécopieur : _____

À L'USAGE DU
LABORATOIRE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉCHANTILLON

N° de l'échantillon : _____ N° de bloc : _____
 Date du prélèvement (AAAA/mm/jj): _____
 Type d'échantillon : Biopsie au trocart Mastectomie partielle Autre (préciser) : _____
 Biopsie par aspiration Mastectomie totale
 Site : Sein droit Autre (préciser) : _____
 Sein gauche
 Diagnostic figurant sur le rapport original : _____
 Fixation : Formol 10% tamponné Fixateur autre (préciser) : _____ Décalcification (préciser) : _____
 Délai: <30 minutes <1heure >1heure indéterminé
 Durée: < 6 heures 6-72 heures >72 heures indéterminée

ANALYSE(S) DEMANDÉE(S)

RH immunohistochimie **Ki67** immunohistochimie
 HER2 immunohistochimie ou hybridation in situ Indication : étude MONARChE (Abémaciclib)
 HER2-Low immunohistochimie **PD-L1** (clone 22C3) immunohistochimie
 Indication : étude KEYNOTE (Pembrolizumab)

À compléter par le centre hospitalier demandeur

Envoyé le: _____
 Par (initiales): _____
 Blocs nbr: _____ N°: _____
 Lames nbr: _____ N°: _____
 Rapport de pathologie

À compléter par le laboratoire du CHU de Québec

Reçu le: _____
 Par (initiales): _____
 Blocs nbr: _____ N°: _____
 Lames nbr: _____ N°: _____
 Rapport de pathologie

Joindre le rapport de pathologie original pour toute demande de tests

Acheminer à : Service de pathologie, local KS1-01
 Hôpital Saint-Sacrement, 1050 Chemin Sainte-Foy
 Québec, QC, G1S 4L8
 Téléphone : 418-682-7805
 Télécopieur : 418-682-7383