



Demande de test Prolaris®

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ numéro échantillon externe _____

Rue/n° _____ CP/Localité _____

Caisse maladie _____ N° d'assurance _____

Facture au donneur d'ordres patient

Matériel d'examen :

Veillez nous envoyer un bloc de paraffine contenant **au moins 60 %** de tissu tumoral et **au moins 0,5 mm de longueur de tumeur**, ainsi que le rapport histo-pathologique correspondant.

La durée maximale de fixation ne doit pas excéder **24 heures**.

Attention : Si le patient a subi une radiothérapie ou une hormonothérapie anti-androgénique avant la réalisation des biopsies pelviennes, Prolaris ne doit pas être demandé.

Données nécessaires pour déterminer le score Prolaris combiné:

veuillez indiquer **impérativement**

Âge lors du diagnostic : _____

Date de la biopsie : _____

PSA pré-biopsie: _____ ng/ml

Stade de la tumeur: T1a T1b T1c
 T2a T2b T2c
 T3a T3b
 T4

Biopsie Score de Gleason : _____ + _____ = _____

(Grade primaire + grade secondaire = score de Gleason)

Nombre total de biopsies: _____

Nombre total de biopsies positives: _____

Nom et cachet du médecin/de l'hôpital:

Date du prélèvement:

Rapport par e-mail: _____
(uniquement les adresses électroniques cryptées par HIN)

Copie(s) à: _____