

## Prescripteur / Autres destinataires

A RENSEIGNER  
OBLIGATOIREMENT

### IDENTITE PATIENT(E)

Nom : | \_\_\_\_\_ | Nom de naissance : | \_\_\_\_\_ |  
Prénom : | \_\_\_\_\_ | Date de Naissance : | \_\_\_\_\_ |  
Adresse : | \_\_\_\_\_ |  
Code Postal : | \_\_\_\_\_ | Ville : | \_\_\_\_\_ |  
Email : | \_\_\_\_\_ | Téléphone : | \_\_\_\_\_ |  
N° SS : | \_\_\_\_\_ | Rang gémellaire : | \_\_\_ | Numéro de centre : | \_\_\_ |

### FACTURATION

Patient(e)

Tiers Payant

Structure

***Pour éviter toute avance de frais, merci de joindre la photocopie de votre attestation de sécurité sociale et de votre carte mutuelle***

### PRESCRIPION

Date : | \_\_\_\_\_ |

**URGENT**

Numéro du dossier concerné par la demande : | \_\_\_\_\_ |

- PDL1 (score CPS)
- PDL1 (score TPS)
- MSI (IHC)
- KRAS / NRAS / BRAF colorectal (Idylla)
- MSI<sup>1</sup> (Idylla)
- BRAF mélanome (Idylla)
- FISH HER2

### **Cadre spécifique au cancer bronchique**

Fumeur

Non-fumeur

- ALK : si CBNPC non épidermoïde (IHC)
- PDL1 score TPS : si CBNPC (IHC)
- ROS1 : si CBNPC non épidermoïde (IHC)
- EGFR : si CBNPC non-fumeur ou sevrage > 20 ans (Idylla)

### **<sup>1</sup> Actes RIHN**

**Pour les autres analyses de génétique somatique (ex: panel NGS), réaliser directement la demande sur la plateforme de prescription Cerba.**