

ANALYSES SPÉCIALES PATHOLOGIE

Nom de la clinique/service :

cas

Champ obligatoire

ANALYSE DE PLOÏDIE	
BRCA1 / BRCA2	Mutation somatique (Breast cancer gene 1/gene 2)
BCL-1 par FISH	Translocation chromosomique t(11;14)
BCL-2 par FISH	Translocation chromosomique t(14;18)
C-MYC	Translocation chromosomique t(8;14)
IGH	Clonalité lymphocytaire B, chaînes lourdes par PCR
IGK	Clonalité lymphocytaire B, chaînes légères par PCR
TCR	Clonalité lymphocytaire T, chaînes B et y par PCR
HER2	(Human epidermal growth factor receptor 2) Amplification par FISH
MSI	Instabilité des microsatellites
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ET AUTRES MYCOBACTÉRIES	
MYD88	Mutations p.L265P (réponse primaire de différenciation myéloïde 88)
PANEL AMPLISEQ FOCUS (BRAF, C-KIT, FGFR, KRAS, NRAS, NTRK, PIK3CA)	
Précisez type tumoral: Champs obligatoire	
<input type="checkbox"/> Adénocarcinome pulmonaire	<input type="checkbox"/> Mélanome
<input type="checkbox"/> Carcinome colorectal	<input type="checkbox"/> Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)
<input type="checkbox"/> Carcinome de la thyroïde	<input type="checkbox"/> Carcinome mammaire
<input type="checkbox"/> Carcinome urothélial	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Cholangiocarcinome	
Oncotype Dx	
PD-L1, clone 22C3, POUMON	
PD-L1, clone 22C3, SEIN	
PD-L1, clone 22C3, AUTRE: _____	
TROPHYMA WHIPPLEI	
COLORATION IMMUNOHISTOCHIMIQUE	Spécifiez* :
AUTRES _____	Centre où est effectuée l'analyse* :
2 ^e Avis <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/>	Révision de lame

*Champ obligatoire

Nom, de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj