

Identification du prescripteur / Demandeur Nom, prénom : _____ N° permis : _____ Département : _____ Téléphone : _____ Fax : _____ Signature : _____ Date de la demande : _____	Identification de l'utilisateur Adressographier, coller une étiquette ou inscrire les informations : Nom, prénom : _____ RAMQ ou dossier : _____
Prélèvement Date de la procédure : _____ Origine du spécimen : _____	
Demande (s) : ☐ Demande de rapport; ☐ RAS (K et N) recherche de mutation; ☐ BRAF recherche de mutation; ☐ EGFR; ALK; ROS1; RET (NGS); ☐ BRCA; ☐ FGFR; ☐ MMR/MSI; ☐ ER/PR/HER2; ☐ PDL1; ☐ Oncotype; ☐ HER2 gastrique; ☐ MLH1 ; • Immunohistochimie : _____ • Autres : _____	
Envoyez votre demande en pathologie Fax : 450-371-2619	