



Test Prolaris®

ID Lab8

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ : __ : ____

Adresse : _____

Code postal et lieu : _____

Assurance : _____ Numéro d'assurance ou CADA : _____

Facture pour :

- ☐ Assurance
☐ Patient
☐ Hôpital

Age au moment du diagnostic : _____

Date du diagnostic : __ : __ : ____

PSA avant biopsie : _____

Stade clinique :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ☐ T1a | ☐ T1b | ☐ T1c |
| ☐ T2a | ☐ T2b | ☐ T2c |
| ☐ T3a | ☐ T3b | |
| ☐ T4 | | |

Score de Gleason des biopsies : _____ + _____ = _____ ISUP : _____

Nombre total de biopsie(s) : _____ Nombre de biopsie(s) positives(s) : _____

Date : __ : __ : ____ Nom du médecin/institution : _____

Copie : _____

Résultats : ☐ Téléphone _____

☐ Mail (sécurisé obligatoire) _____

☐ Poste

Signature : _____