



DT9343

**HER2 GASTRIQUE
BIOMARQUEURS**
Version 1.0.0.0

Date de naissance	N° chambre	N° de dossier	
Nom			
Prénom			
N° d'assurance maladie			
Adresse			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

N° de rapport	
---------------	--

<input type="checkbox"/> + Résultats Page 1	<input type="checkbox"/> + Méthodes Page 2
--	---

Les éléments de données précédés de ce symbole « + » ne sont pas obligatoires. Toutefois, ils peuvent être cliniquement importants quoique non encore validés ou utilisés régulièrement dans la prise en charge des usagers.

Sélectionner un seul élément, sauf indication contraire.

Note : L'utilisation de cette fiche synoptique est optionnelle.

+ RÉSULTATS
+ HER2 (par immunohistochimie)
+ <input type="checkbox"/> Négatif (score 0)
+ <input type="checkbox"/> Négatif (score 1+)
+ <input type="checkbox"/> Équivoque (score 2+)
+ <input type="checkbox"/> Positif (score 3+)
+ <input type="checkbox"/> Indéterminé (expliquer) : _____
+ HER2 (ERBB2) (par hybridation in situ)
+ <input type="checkbox"/> Négatif (non amplifié)
+ <input type="checkbox"/> Positif (amplifié)
+ <input type="checkbox"/> Indéterminé (expliquer) : _____
+ Nombre d'observateurs : _____
+ Nombre de cellules cancéreuses infiltrantes comptées : _____
+ <input type="checkbox"/> Par la technique double sonde
+ Nombre moyen de signaux HER2 (ERBB2) par cellule cancéreuse : _____
+ Nombre moyen de signaux CEP17 par cellule cancéreuse _____
+ Ratio HER2 (ERBB2) : CEP17: _____
+ <input type="checkbox"/> Par la technique simple sonde
+ Nombre moyen de signaux HER2 (ERBB2) par cellule cancéreuse : _____

N° de rapport	
---------------	--

N° de dossier	
---------------	--

+ MÉTHODES	
+ HER2 (par immunohistochimie)	
+ <input type="checkbox"/> Approuvée par Santé Canada (préciser le vendeur) : _____	
+ <input type="checkbox"/> Test développé par le laboratoire	
+ Anticorps primaire	
+ <input type="checkbox"/> 4B5	
+ <input type="checkbox"/> HercepTest™	
+ <input type="checkbox"/> A0485	
+ <input type="checkbox"/> SP3	
+ <input type="checkbox"/> CB11	
+ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
+ HER2 (ERBB2) (par hybridation in situ)	
+ <input type="checkbox"/> Approuvée par Santé Canada (préciser le vendeur) : _____	
+ <input type="checkbox"/> Test développé par le laboratoire (préciser la sonde) : _____	

Signature du pathologiste		N° de permis	Date	Année	Mois	Jour