

## Formulaire de Prescription de Test

### 1. Information du Client:

Nom de l'Urologue: \_\_\_\_\_ Hôpital/Clinique: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 2. Diagnostic Moléculaire: (veuillez cocher la case)

**SelectMDx** for Prostate Cancer. L'échantillon d'urine soumis sera analysé par SelectMDx for Prostate Cancer, un test d'ARNm pour faciliter la décision de biopsie.

### 3. Information du Patient:

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresses: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

ID du patient / numéro d'enregistrement médical: \_\_\_\_\_

Date de naissance:   -   -      
Jour Mois Année

Date de dernier TRD:   -   -      
Jour Mois Année

Dernier TRD:  suspect de cancer  non suspect de cancer

Date de dernier PSA:   -   -      
Jour Mois Année

Dernier PSA: \_\_\_\_\_ ng/mL

Prostate Volume: \_\_\_\_\_ cc

Risque familial pour un cancer de la prostate:  Oui  Non

### 4. Information sur l'échantillon:

Date de prélèvement:   -   -      
Jour Mois Année

### 5. Détails de facturation:

facture client directe - (contrat requis)  prépaiement du test  patient auto-rémunération: \_\_\_\_\_  
Signature du Patient

### 6. Notes complémentaires:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 7. Autorisation:

\_\_\_\_\_  
 Signature Autorisée (Pas de signature estampillée s'il vous plaît)

Date:   -   -      
Jour Mois Année

Placez l'étiquette d'identification du patient ici

code à barres