



Formulario de solicitud de determinación. Orden médica.

Solicitud de diagnóstico de testeo (Marcar que tipo de testeo desea solicitar)



Solicitud de determinación **Panel Pulmón**. Incluye test de:



Solicitud de determinación de Mutación de **Braf M+** en melanoma metastásico



Solicitud de determinación de Amplificación de **HER2 Neu** en cáncer de mama



Solicitud de determinación de **PD-L1** en cáncer de mama metastásico triple negativo (ATC. SP142)

Sobre la muestra del paciente

Nombre y apellido del paciente

Fecha

.....
Firma y sello del médico solicitante