



FORMULARIO 3

SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ESTADO MUTACIONAL EGFR

1. NÚMERO DE SOLICITUD:

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: Edad: Sexo: F ☐ M ☐

Fumador: No ☐ Si ☐ Ex ☐ Histología: Adenocarcinoma ☐ Escamoso ☐ Otro ☐

Cobertura médica:

IMPORTANTE: NO OLVIDE ADJUNTAR EL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

3. INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO DEL RESULTADO

Nombre y apellido del médico solicitante:

Institución:

Dirección:

Localidad: Provincia:

Teléfono/Fax: E-mail:

Fecha de solicitud: / /

Firma y sello del médico solicitante:

CALIDAD E INVESTIGACIÓN AL SERVICIO DE LA SALUD

Encarnación Ezcurra 365 Piso 3, C1107CLA, Buenos Aires - Argentina - Tel./Fax: (54 11) 5787 2222

www.tuteur.com.ar

