

PRESCRIPTEUR / AUTRES DESTINATAIRES

A RENSEIGNER
OBLIGATOIREMENT

IDENTITE PATIENT

Nom : | | Nom de naissance : | |
Prénom : | | Date de naissance : | | Sexe : ☐ M ☐ F
N° SS : | | Mutuelle : | |
Adresse : | |
Code postal : | | Ville : | |
Tél. portable : | | E-mail : | |

FACTURATION

☐ Patient(e) ☐ Tiers Payant ☐ Structure ☐ Dépistage par invitation : **joindre le courrier d'invitation**

Pour éviter toute avance de frais, merci de joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de carte mutuelle.

DEMANDE D'EXAMEN

DEPISTAGE PRIMAIRE (25 – 65 ans)

- Avant 30 ans

☐ Cytologie avec Test HPV réflexe si Ascus ou AGC

- Après 30 ans

☐ Test HPV avec Cytologie réflexe si positif

SURVEILLANCE (sans limite d'âge)

☐ Test HPV de suivi

- à 6 mois après traitement (post conisation)
- à 12 mois après Test HPV + et Cytologie normale
- à 12 mois après Colposcopie normale après LSIL, Ascus HPV

☐ avec Cytologie réflexe si Test HPV +

☐ Cytologie de suivi

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de prélèvement : | |

Date des dernières règles : | |

☐ Grossesse

☐ Saignements

☐ Post partum

☐ Conisation

☐ Ménopause

☐ Hystérectomie : ☐ Totale ☐ Subtotale

☐ Contraception orale ou stérilet

☐ Vaccin : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

HISTOLOGIE

Date de prélèvement : | |

☐ Biopsie(s) : ☐ Col ☐ Vulve ☐ Vagin ☐ Endomètre

☐ Curetage : ☐ Endocervical ☐ Endométrial

