

PATIENT / Étiquette / Remplir:

Nom: _____
Nom de jeune fille: _____
Prénom: _____
Rue et N°: _____
Code postal, Ville: _____
Téléphone: _____
Date de naissance: _____ ID patient: _____
☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Divers: _____
Caisse maladie: _____
N° Assurance: _____
Facture à: ☐ Patient ☐ Assurance ☐ Prescripteur

PRESCRIPTEUR / Champ / Étiquette / Remplir:

Nom: _____
Prénom: _____
Rue et N°: _____
Code postal, Ville: _____
Téléphone: _____
HIN Adresse: _____
Copie du rapport à: _____

Date de Prélèvement:

URGENT: ☐

Nature du cas

- ☐ Maladie
☐ Prévention (tous les 3 ans)
☐ Grossesse

Matériel échantillon

- ☐ Flacon ThinPrep
☐ Frottis conventionnels
Nbre d'échantillons: _____

Localisation de prélèvement

- ☐ Exocol / Endocol ☐ Exocol ☐ Endocol
☐ Vagin ☐ Vulve ☐ Autre:

PCR Analyses

- ☐ HPV typisation (bas et haut risque) ☐ HPV typisation (bas et haut risque) si atypies cytologiques $\geq$ ASCUS
☐ HPV haut risque
☐ Chlamydia trachomatis ☐ Neisseria gonorrhoeae ☐ Mycoplasma / Ureaplasma ☐ HSV 1/2
☐ STI Panel (C. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, Mycoplasma/ureaplasma) ☐ autre:
☐ **Seulement HPV-HR et typisation** (pas d'analyse cytologique)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ☐ Date des dernières règles: _____
☐ Grossesse: _____
☐ Post partum: _____
☐ Ménopause depuis: _____
☐ Saignement post-ménopausique: _____
☐ Saignement continu: _____
☐ Saignement de contact: _____
☐ Autres saignements: _____
☐ DIU: _____
☐ Pilule: _____
☐ Hormonothérapie: _____
☐ Hystérectomie totale: _____
☐ Hystérectomie partielle: _____
☐ Conisation: _____
☐ Radio-/Chimiothérapie: _____
☐ Traitement anti-inflammatoire: _____

CERVIX

- ☐ Normal
☐ TZ Type: _____
☐ Iode: _____
☐ Acide acétique: _____
☐ Polype: _____
☐ Mosaïque: _____
☐ Ponctuation: _____

Autres résultats colposcopiques

Résultats Précédents: Cytologie, Histologie, HPV, etc...