



IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

N° sécurité sociale : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance (obligatoire) : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Mail : _____@_____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Transmission des résultats : Poste Kalires (Mail + n° SS obligatoires)

PRESCRIPTEUR : Cachet du prescripteur :

Etiquette si Dépistage Organisé

PRESCRIPTION

Date de prélèvement --/--/-- Heure : -- h --

CYTOLOGIE

HPV

PATIENTE DE MOINS DE 30 ANS

PATIENTE ENTRE 30 ET 65 ANS

Examen de cytologie cervicale primaire

Test HPV primaire

➤ Si résultats ACSUS, réalisation d'un test HPV

➤ Si résultat positif, réalisation d'un examen de cytologie

Test HPV secondaire ou en suivi de traitement

Examen de cytologie cervicale de contrôle ou en suivi de traitement

LOCALISATION DU PRELEVEMENT

Endocol

Exocol

Jonction exo-endocol

Frottis en milieu liquide sur milieu ThinPrep Preservcyt® (Hologic) exclusivement

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Colposcopie :

Col sain

Col pathologique

Contraception hormonale

Dispositif Intra Utérin

Grossesse

Postpartum

Ménopause

Traitement Hormonal Substitutif

Hystérectomie totale

Hystérectomie subtotale

Cycles irréguliers

Métrorragies

Date des dernières règles _____

Commentaires cliniques / ATCD

RÉCEPTION PAR LE LABORATOIRE Date Heure H Par : _____

Non-conformité décelée Non Oui préciser :