

Demande d'analyse pour frottis Gynécologiques

Date d'application : 01/08/2017

Données patiente :

Date du dernier dépistage :

Nom de jeune fille :

URGENT / PRIORITAIRE

Nom d'épouse :

Cachet et signature du prescripteur :

Matricule :

Adresse :

Date d'examen :

Heure de l'examen :

POUR LES FROTTIS EN MILIEU LIQUIDE (ThinPrep)	<input type="checkbox"/> Cytologie + HPV si ASC-US ou AGC <input type="checkbox"/> Cytologie + HPV si autre qu'ASC-US à préciser..... <input type="checkbox"/> Cytologie + HPV d'office <input type="checkbox"/> Recherche HPV seul
<input type="checkbox"/> CHLAMYDIA TRACHOMATIS / NEISSERIAE GONORRHOEAE (test combiné)	<input type="checkbox"/> MYCOPLASMA GENITALIUM
CONTEXTE CLINIQUE :	

Nature du frottis :

Frottis en milieu liquide(ThinPrep)

Frottis conventionnel

Vulvaire

Vaginal

Cervical

Endocervical

Endométrial

Renseignements cliniques :	La patiente porte :	La patiente bénéficie :
<input type="checkbox"/> Date des dernières menstruation.....	<input type="checkbox"/> Un stérilet	<input type="checkbox"/> D' une chimiothérapie
<input type="checkbox"/> Aménorrhée	<input type="checkbox"/> Un stérilet diffuseur d'hormones	<input type="checkbox"/> D' une lasérothérapie
<input type="checkbox"/> En post-ménopause	<input type="checkbox"/> Un pessaire	<input type="checkbox"/> D' une cryothérapie
<input type="checkbox"/> En péri-ménopause	<input type="checkbox"/> Un nuvaring	<input type="checkbox"/> D' une curiethérapie
<input type="checkbox"/> Atrophie	L'examen est un contrôle :	La patiente prend :
La patiente présente :	<input type="checkbox"/> Demandé par le Service de Cytologie	<input type="checkbox"/> Un anovulatoire oral
<input type="checkbox"/> Des métrorragies	<input type="checkbox"/> Après conisation	<input type="checkbox"/> Un anovulatoire implant
<input type="checkbox"/> Des leucorrhées	<input type="checkbox"/> Après amputation du col	<input type="checkbox"/> Un traitement hormonal
<input type="checkbox"/> Un prolapsus	<input type="checkbox"/> Après hystérectomie totale	
<input type="checkbox"/> Un remaniement du col	<input type="checkbox"/> Après hystérectomie subtotale	
<input type="checkbox"/> Une ectopie		
<input type="checkbox"/> Un ectropion		
La patiente est :	RECHERCHE MEDICO-LEGAL	
<input type="checkbox"/> En grossesse	<input type="checkbox"/> Recherche de spermatozoïdes	
<input type="checkbox"/> En post-partum		
<input type="checkbox"/> En allaitement		