

Demande d'Analyse à effectuer par le Service de Cytologie Gynécologique

Réservé LNS

Date d'entrée :

N° :

DATE DE PRÉLÈVEMENT :

Heure de prélèvement :

URGENT / PRIORITAIRE

Données patient :

Nom de naissance :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Caisse maladie :

CNS → **Matricule :**

Caisse privée → **N° d'affiliation :**

Adresse valide :

.....

.....

Cachet et signature du prescripteur :

ANALYSE(S) À EFFECTUER

Cytologie + HPV si ASC- ou AGC-

Cytologie + HPV si frottis lésionnel

Cytologie + HPV d'office

Recherche HPV seul

Cytologie seule

CHLAMYDIA TRACHOMATIS/ NEISSERIAE GONORRHOEAE
(Test combiné)

MYCOPLASMA GENITALIUM

Rq : Analyse de biologie moléculaire non réalisable sur prélèvement conventionnel

Matériel transmis :

Frottis en milieu liquide (ThinPrep)

Frottis conventionnel

Prélèvement tube APTIMA

Origine :

Vulvaire

Vaginal

Cervical

Endocervical

Endométrial

Anal

Pénien

Urétral

Buccal

Vaccination HPV : NON

OUI

Vaccin Gardasil 9

Vaccin autre à préciser :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières menstruations :

Aménorrhée

Grossesse

Leucorrhées

Anovulatoire

Ménopause

Post-partum

Métrorragies

Traitement hormonal

Atrophie

Allaitement

Stérilet

Remaniement du col /Ectropion/Ectopie

Prolapsus

Pessaire

L'EXAMEN EST UN CONTRÔLE :

Après conisation

Après amputation du col

Après hystérectomie totale

Après hystérectomie subtotale

THÉRAPIE :

Lasérothérapie

Cryothérapie

Chimiothérapie

Curiethérapie

CONTEXTE CLINIQUE/REMARQUES MEDECINS :

Réservé LNS