

Demande d'Analyse Service de Cytologie Gynécologique

Date d'application : 09/09/2019

Données patient :

Nom de naissance
 Prénom
 Sexe : Masculin Féminin
 Matricule ou date de naissance
 Caisse maladie : CNS Autre – préciser
 Numéro d'affiliation
 Adresse valide

 URGENT / PRIORITAIRE

Cachet et signature du prescripteur

Date d'examen :

Heure de l'examen :

Date du dernier dépistage :

ANALYSE(S) À EFFECTUER

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cytologie + HPV si ASC-US ou AGC | <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA TRACHOMATIS/
NEISSERIAE GONORRHOEAE (test combiné) |
| <input type="checkbox"/> Cytologie + HPV si autre qu'ASC-US à préciser..... | <input type="checkbox"/> MYCOPLASMA GENITALIUM |
| <input type="checkbox"/> Cytologie + HPV d'office | |
| <input type="checkbox"/> Recherche HPV seul | |

Rq : Analyse de biologie moléculaire non réalisable sur prélèvement conventionnel

CONTEXTE CLINIQUE/REMARQUES MEDECINS :

Nature du frottis : Frottis en milieu liquide (ThinPrep) Frottis conventionnel Prélèvement tube APTIMA

Origine : Vulvaire Vaginal Cervical Endocervical Endométrial Autre-préciser

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Date des dernières menstruations

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vaccin HPV si oui Type : | Nombre d'injections : | Date : |
| <input type="checkbox"/> Aménorrhée | <input type="checkbox"/> Leucorrhées | <input type="checkbox"/> Anovulatoire (oral, nuvaring, implant) |
| <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> Métrorragies | <input type="checkbox"/> Traitement hormonal |
| <input type="checkbox"/> Atrophie | <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Remaniement du col/Ectropion/Ectopie | <input type="checkbox"/> Post-partum | <input type="checkbox"/> Stérilet diffuseur d'hormones |
| <input type="checkbox"/> Prolapsus | <input type="checkbox"/> Allaitement | <input type="checkbox"/> Pessaire |

L'EXAMEN EST UN CONTRÔLE :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Après conisation | <input type="checkbox"/> Après hystérectomie totale | <input type="checkbox"/> Demandé par le Service de Cytologie |
| <input type="checkbox"/> Après amputation du col | <input type="checkbox"/> Après hystérectomie subtotale | |

THÉRAPIE :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lasérothérapie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Cryothérapie | <input type="checkbox"/> Curiethérapie |

Réservé LNS