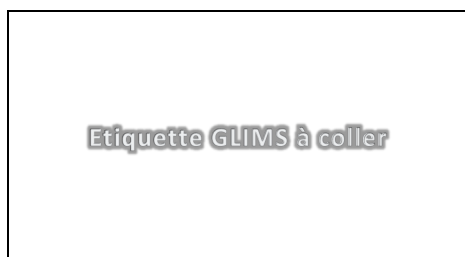


DEMANDE D'ANALYSE HPV : Détection et Typage

<p>ETIQUETTE PATIENT A défaut d'étiquette, veuillez remplir :</p> <p>Nom et Prénom :</p> <p style="text-align: right;">Sexe : M / F <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/></p> <p>Matricule :</p> <p>Votre Référence :</p>	<p>PRESCRIPTEUR</p> <p>Nom et Prénom Médecin(s) :</p> <p>Code Médecin :</p> <p>Signature :</p>
--	---

RECEPTION (EPIGEM)



EXAMEN DEMANDE	DATE DE DEMANDE D'ANALYSE : _____
<input type="checkbox"/> HPV-28 : détection et typage de 14 types high risk* et de 14 types low risk** <input type="checkbox"/> HPV-HR : détection et typage de 14 types high risk* seulement	<ul style="list-style-type: none"> • 1 tube (2 ml) avec 3 coupes de 10 µm FFPE • frottis avec milieu de transport (genre mSwab, eNat) • frottis cervical (ThinPrep)

RENSEIGNEMENTS
Date de prélèvement : _____ Origine : <input type="checkbox"/> col utérin <input type="checkbox"/> ano-génital <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> peau <input type="checkbox"/> autre : _____ Type : <input type="checkbox"/> biopsie <input type="checkbox"/> ThinPrep <input type="checkbox"/> frottis <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> autre : _____ Renseignements cliniques : _____ _____ _____

* high risk : HPV16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68

** low risk : HPV 6,11,26,40,42,43,44,53,54,61,69,70,73,82

Contact Service EPI GENO MICRO Tél. : +352 28 100 516 Fax : +352 28 100 512