

## DEMANDE D'ANALYSE POUR PCR PAPILLOMAVIRUS

<p><b>ETIQUETTE PATIENT</b> A défaut d'étiquette, veuillez remplir :</p> <p>Nom et Prénom : .....</p> <p>Matricule : ..... Sexe : M / F  <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/></p> <p>Votre référence : .....</p>	<p><b>PRESCRIPTEUR</b></p> <p>Nom et Prénom : .....</p> <p>Code Médecin : .....</p> <p>Signature : .....</p>
---	--



<u>EXAMEN DEMANDÉ :</u>	<u>DATE DE DEMANDE D'ANALYSE :</u> .....
<p>Analyse PCR pour recherche de Papillomavirus. Amplification, détection puis typage de 19 sous types à haut risque, et de 9 sous types à faible risque.</p> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <p><i>Liste des HPV à haut risque :</i> 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73 et 82.</p> <p><i>Liste des HPV à faible risque :</i> 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61 et 70.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les échantillons de tissus fixés au formol et inclus en paraffine (FFPE) : 1 tube de 2 mL contenant 3 coupes de 10 µm.</li> <li>Pour les frottis : avec milieu de transport de type mSwab, eNat.</li> <li>Pour les frottis cervicaux / vaginaux : frottis ThinPrep.</li> </ul>

<u>RENSEIGNEMENTS :</u>
<p>Date de prélèvement : .....</p> <p>Type de prélèvement :   <input type="checkbox"/> Biopsie   <input type="checkbox"/> ThinPrep   <input type="checkbox"/> Frottis   <input type="checkbox"/> Urine   <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....</p> <p>Origine anatomique :   <input type="checkbox"/> Col utérin   <input type="checkbox"/> Ano-génital   <input type="checkbox"/> ORL   <input type="checkbox"/> Peau   <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....</p> <p>Renseignements cliniques : .....</p> <p>.....</p>