[ ]  **URGENT / PRIORITAIRE**

**DATE DE PRÉLÈVEMENT :** **Heure de prélèvement :**

**Cachet et signature du prescripteur :**

**Données patient :**

**Nom de naissance :** …………………………………………………………………………………………………

**Prénom :** …………………………………………………………………………………….................................

**Sexe :** [ ] Masculin [ ] Féminin

**Date de naissance :** ………………………………………………………………………………………………….

**Caisse maladie :** …………………………………………………………………………….............................

 [ ] CNS → **Matricule**: ……………………………………………………………………………………………….

 [ ] Caisse privée → **N° d’affiliation** : …………………………………………………………………………

**Adresse valide :** ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **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 GENITALIUMRq : Analyse de biologie moléculaire non réalisable sur prélèvement conventionnel |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Matériel transmis :**  | [ ] Frottis en milieu liquide (ThinPrep)  | [ ] Frottis conventionnel  | [ ] Prélèvement tube APTIMA |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Origine :** | [ ] Vulvaire [ ] Anal | [ ] Vaginal[ ] Pénien  | [ ] Cervical [ ] Urétral  | [ ] Endocervical [ ] Buccal  | [ ] Endométrial  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

Réservé LNS

**CONTEXTE CLINIQUE/REMARQUES MEDECINS :**

*Date d’application 12/06/2023*