**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 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  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*