|  |
| --- |
| Réservé LNS  **Date d’entrée :**    **Nombre de lame :** |

**Demande d’Analyse Service de Cytologie Gynécologique**

Date d’application : 09/09/2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Données patient :** |  | URGENT / PRIORITAIRE ☐ |
| Nom de naissance ………………………………………………………………………… |  | Cachet et signature du prescripteur |

Prénom …………………………………………………………………………………………

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Matricule ou date de naissance …………………………………………………….

Caisse maladie : ☐ CNS ☐ Autre – préciser ……………………………….   
Numéro d’affiliation ……………………………………………………………………..

Adresse valide ………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

**Date d’examen :** ………………………………………

**Heure de l’examen : ……………………………….** Date du dernier dépistage : ………………………………

**ANALYSE(S) À EFFECTUER**

☐ Cytologie + HPV si ASC-US ou AGC ☐CHLAMYDIA TRACHOMATIS/

☐ Cytologie + HPV si autre qu’ASC-US à préciser…………………… NEISSERIAE GONORRHOEAE (test combiné)

☐ Cytologie + HPV d’office

☐ Recherche HPV seul ☐MYCOPLASMA GENITALIUM

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 …………………..

☐**Vaccin HPV si oui Type** : ………………... **Nombre d’injections** : ……… **Date** : ……………………………………..….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐Aménorrhée | ☐Leucorrhées | ☐Anovulatoire (oral, nuvaring, implant) |
| ☐Ménopause | ☐Métrorragies | ☐Traitement hormonal |
| ☐Atrophie | ☐Grossesse | ☐Stérilet |
| ☐Remaniement du col/Ectropion/Ectopie | ☐Post-partum | ☐Stérilet diffuseur d’hormones |
| ☐Prolapsus | ☐Allaitement | ☐Pessaire |

**L’EXAMEN EST UN CONTRÔLE :**

☐Après conisation ☐Après hystérectomie totale ☐Demandé par le Service de Cytologie

|  |  |
| --- | --- |
| ☐Après amputation du col | ☐Après hystérectomie subtotale |
| **THÉRAPIE :**  ☐Lasérothérapie | ☐Chimiothérapie |
| ☐Cryothérapie | ☐Curiethérapie |
| Réservé LNS | |

**Service de Cytologie Tél : 28-100-451 ou 28-100-454 Fax : 28-100-452**Mail : cytologie@lns.etat.lu   
Adresse : 1, rue Louis Rech – L-3555 Dudelange  
Cet échantillon peut servir de témoin positif ou négatif pour des technique complémentaires Page **1** sur **1**