|  |
| --- |
| 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**