



IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom : Prénom :

Nom de naissance (obligatoire) :

Date de naissance : Téléphone :

Mail :@

Adresse :

CP : Ville :

Transmission des résultats : Poste My Kali (Mail et nom de naissance obligatoires)

N° sécurité sociale : Caisse :

PRESCRIPTEUR : Cachet du prescripteur :

Étiquette si Dépistage Organisé

PRESCRIPTION

Date de prélèvement --/--/-- Heure : -- h --

CYTOLOGIE

HPV

PATIENTE DE MOINS DE 30 ANS

PATIENTE ENTRE 30 ET 65 ANS

Examen de cytologie cervicale primaire

Test HPV primaire

➤ Si résultats ACSUS, réalisation d'un test HPV

➤ Si résultat positif, réalisation d'un examen de cytologie

Test HPV secondaire ou en suivi de traitement (Date dernier HPV positif .. / .. / ..)

Examen de cytologie cervicale de contrôle ou en suivi de traitement

LOCALISATION DU PRELEVEMENT

Endocol Exocol Jonction exo-endocol

Frottis en milieu liquide sur milieu ThinPrep Preservcyt® (Hologic) exclusivement

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Coloscopie : Col sain Col pathologique

Contraception hormonale

Dispositif Intra Utérin

Grossesse

Postpartum

Ménopause

Traitement Hormonal Substitutif

Hystérectomie totale

Hystérectomie subtotale

Cycles irréguliers

Métrorragies

Date des dernières règles

Commentaires cliniques / ATCD

RÉCEPTION PAR LE LABORATOIRE Date Heure H Par :

Non-conformité décelée Non Oui préciser :