



IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom de naissance (obligatoire) :

Prénom :

Nom usuel :

Date de naissance : _ _ - _ - -

N° sécurité sociale : _ - - - - - - - - -

Caisse :

Mail : @

Téléphone : _ - - - - - - -

Adresse :

CP : Ville :

Transmission des résultats : Poste MyKali (Mail obligatoire)

PRESCRIPTEUR

Nom :

Adresse :

Etiquette si Dépistage Organisé

TOUS LES CRITERES D'ELIGIBILITE DOIVENT ETRE REMPLIS

Femme entre 30 et 65 ans inclus

Et Absence de suivi en cours pour un HPV positif ou frottis anormal

Et Dernier test HPV datant de plus de 60 mois ou dernière cytologie de plus de 36 mois

Et Absence d'hystérectomie totale

Et Réalisation d'un prélèvement du col utérin par un professionnel de santé impossible

Seule une recherche d'HPV par PCR est réalisée.

En cas de résultat positif, un prélèvement du col utérin pour étude cytologique devra être réalisé par votre médecin ou sage-femme.

Avant réalisation de l'auto-prélèvement, veuillez remplir ce formulaire et lire attentivement les instructions **Evalyn brush** pour le test.

Si ce dépistage entre dans le cadre du Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus, coller l'étiquette fournie avec votre n° d'invitation dans le cadre dédié en haut à droite.

Indiquer vos noms, prénom et date de naissance sur le kit de prélèvement et le déposer dès que possible au laboratoire. Le prélèvement se conserve à température ambiante (4-30°C).

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

RÉCEPTION PAR LE LABORATOIRE

Date Heure H

Par :

Non-conformité décelée Non Oui préciser :