



Feuille de demande d'examen Dépistage du cancer du col de l'utérus

Ordonnance

Prescripteur :

NOM :
Prénom :
Adresse :
CP/Ville :
Tel :
N° RPPS :
N° AM/ FINESS :

Dépistage organisé :

Courrier d'invitation de l'assurance maladie reçu par la patiente : Oui Non

Patient(e) :

Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse : CP : Ville :
Téléphone :/...../..... Adresse email :@.....
N° de sécurité sociale :

 Test HPV-HR **Cytologie** (examen transmis au laboratoire CerbaPath)

En dépistage primaire, il est recommandé d'effectuer un examen cytologique pour les femmes de moins de 30 ans et un test HPV-HR pour les femmes entre 30 et 65 ans (recommandations HAS 2019).

Date :**Signature**

Renseignements cliniques

- **Date du dernier dépistage** (frottis ou recherche de virus HPV) :/...../.....

- **Date des dernières règles** :/...../.....

- **Vaccination HPV** Oui Non Nombre de doses :

- **Antécédent de recherche de virus HPV positive** Oui Non

Si oui, date :/...../.....

- **Antécédent de lésion cancéreuse ou pré-cancéreuse du col de l'utérus** Oui Non

Si oui, date :/...../.....

Précisions :

- **Contraception** Absence Hormonale DIU

- **Autres** Grossesse SA Ménopause THS.....

Postpartum Hystérectomie totale/subtotale

Prélèvement

Prélèvement Cervico-Utérin Prélèvement Vaginal Auto-prélèvement Vaginal

Préleveur : Date de prélèvement :/...../.....

RESERVE AU LABORATOIRE : RECEPTION DES ECHANTILLONS

Prélèvement conforme ?

OUI

NON

Si NC, pourquoi ? délai, tube, manque renseignements, autre.....+ saisir une fiche de NC

Visa :