

IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom prénom : Nom de naissance : Date de naissance : ☐ H. ☐ F. Adresse : n° téléphone : N° d'immatriculation et caisse : Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse :	Identité prescripteur : Si patient hospitalisé, service : Adresse : Date et Signature : Double(s) à adresser (Nom, prénom, ville si médecin hors IG) : ☐ Médecin IG : ☐ Médecin(s) : ☐ Autres :
DEMANDE D'ANALYSE ACP : GYNECOLOGIE	
☐ Cytologie ☐ HPV ☐ Biopsie :	
STATUT INFECTIEUX : COVID : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non réalisé Autre :	 Date et heure du prélèvement : Date et heure de fixation :

Informations cliniques pertinentes

☐ Dépistage individuel ☐ Dépistage national organisé (joindre justificatif) ☐ Contrôle
☐ Vaccination HPV, date :
☐ Grossesse ☐ Ménopause ☐ D.D.R : ☐ D.I.U ☐ Contraception

Antécédent cervicaux (Bethesda) : ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ Bas grade ☐ Haut grade ☐ Carcinome

Commentaires :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Date et heure de réception : Demande conforme : ☐ oui ☐ non
Résultat de l'examen extemporané :