


Etiquette labo

IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom prénom : Nom de naissance : Date de naissance : <input type="checkbox"/> H. <input type="checkbox"/> 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) : <input type="checkbox"/> Médecin IG : ..... <input type="checkbox"/> Médecin(s) : ..... <input type="checkbox"/> Autres : .....
DEMANDE D'ANALYSE ACP : GYNECOLOGIE	
<input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Biopsie : .....	
<b>STATUT INFECTIEUX :</b> COVID : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> 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 :** .....