


Etiquette labo

| IDENTIFICATION PATIENT | MEDECIN PRESCRIPTEUR |
|--|--|
| Etiquette patient | 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 : |
| Adresse : N° d'immatriculation et caisse : Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse : | |
| DEMANDE D'ANALYSE ACP : GYNECOLOGIE | |
| <input type="checkbox"/> Cytologie (seul) <input type="checkbox"/> Co-testing (test HPV + cytologie) <input type="checkbox"/> HPV primaire (seul) | |
| <input type="checkbox"/> Biopsie : | |
| STATUT INFECTIEUX : 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 :