

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Non conformité

Date et heure de prélèvement :/...../..... àh..... Heure de fixation :h..... URGENT à Faxer

IDENTITE PATIENTE *A REMPLIR ou COLLER ETIQUETTE COURRIER INVITATION CRCDC*

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Email : Tél :
N° de sécurité sociale :
Matricule INS :

FACTURATION

Patiente
 Tiers Payant (joindre document)
Caisse :
Mutuelle :
 Dépistage organisé (PEC à 100%)
Etiquette courrier invitation CRCDC à coller
 Hors - Nomenclature

MEDECIN PRESCRIPTEUR/PRELEVEUR

Nom/Adresse/Service/N° ADELI - RPPS
Signature et cachet

AUTRE(S) MEDECINS CORRESPONDANT(S)

Nom(s)/Adresse(s)/Service(s)
.....
.....
.....
.....
 Exemple Patient

DEPISTAGE PRIMAIRE (25 - 65 ANS)

- Avant 30 ans
 Cytologie avec Test HPV réflexe si Asc-us ou AGC
- Après 30 ans
 Test HPV avec Cytologie réflexe si positif
 Co-testing hors doccu (HPV+FROTTIS)

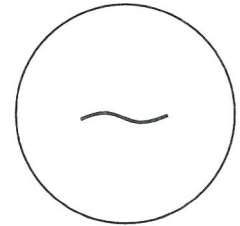
SUIVI D'UNE ANOMALIE

Test HPV de suivi
- à 6 mois après traitement (post conisation)
- à 12 mois après Test HPV + Cytologie normale
- à 12 mois (suivi post colposcopie après LSIL ou ASCUS HPV+)
 avec Cytologie réflexe si Test HPV +
 Cytologie de suivi

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ANTECEDENTS

Localisation du prélèvement : Col Vagin
Vaccin HPV oui non D.D.R :/..../.... Grossesse Post partum Ménopause
Hystérectomie Contraception hormonale DIU

Antécédent de pathologie cervicale et de traitement éventuel :
.....
Aspect du col :
Biopsie OUI NON nombre de flacons Localisation :
Curetage endocol



Informations complémentaires :