

**CLERMONT-FERRAND**

18 avenue Léonard de Vinci  
63063 Clermont-Ferrand Cedex 1  
Tel: 04 73 28 51 70  
Fax: 04 73 28 51 80

**NEVERS**

16 rue Clerget – BP 549  
58005 Nevers Cedex  
Tel: 03 86 61 48 90  
Fax: 03 86 61 96 80

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Sexe :  F  M

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse patient(e) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° SS : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire CMU C2S AME ALD INVAL

Joindre impérativement copie attestation de droits

Opposition au traitement des données de dépistage organisé

**FACTURATION :**  HOPITAL  CLINIQUE  PATIENT

**MEDECIN PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR**

Nom /Adresse / Service / N° ADELI – RPPS

Signature et cachet

**AUTRE(S) MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S)**

Nom /Adresse / Service / N° ADELI – RPPS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – ANTECEDENTS**

**DEMANDE D'EXAMEN**

**URGENT**

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Nombre de pots : \_\_\_\_\_

**TYPAGE HPV**

- DEPISTAGE**  
(Si dépistage organisé : fournir doc justificatif)
- SURVEILLANCE**  
(Antécédent de lésion)

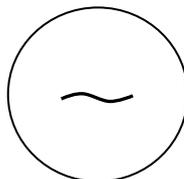
**FROTTIS**

- DEPISTAGE**  
(Si dépistage organisé: fournir doc justificatif)
- CONTROLE**  
(Si antécédent de frottis pathologique < 3ans)
- VAGINAL / ENDOMETRIAL**

**CO-TESTING ( TYPAGE + FROTTIS )**

**BIOPSIE**

- COL**
- ENDOMETRE**
- VAGIN**
- VULVE**



Aspect du col à la colposcopie :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cadre réservé au cabinet

Le verso est réservé au cabinet