

## 3. AUTO-PRELEVEMENTS TEST HPV

### 3.1 Bon de demande d'examen Auto-prélèvement test HPV DE-PREA-008

Une version électronique du bon de demande d'examen est disponible à l'adresse : <https://pathologie.unilabs.fr>

Annexe 6


Etiquette  
laboratoire

60 Bd Jean-Baptiste Lebas, B.P. 625 - 59024 LILLE Cedex

**BON DE DEMANDE**  
**AUTO-PRÉLÈVEMENT TEST HPV**

Urgent     À faxer     À téléphoner    Merci de préciser n° :

À renseigner par un professionnel de santé

**Renseignements administratifs patient(e) :**  
*À renseigner par la patiente en auto-examen ou le professionnel de santé qui la suit dans la démarche*

Nom d'usage : _____	Adresse : _____
Nom de naissance : _____	CP : _____ Ville : _____
Prénom : _____	N° SS + clé : _____
Date de naissance : _____	Caisse : _____
Mail : _____	Nom et N° de mutuelle : _____
Téléphone : _____	Bénéficiaire : <input type="checkbox"/> CSS <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL
Date du prélèvement (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____	
Heure du prélèvement : ____ H ____ Minutes	
La patiente est-elle vaccinée HPV : OUI / NON	
La patiente est-elle ménopausée : OUI / NON	

*Joindre impérativement copie d'attestation de droits*

**Médecin prescripteur / sage-femme**  
*À renseigner par un professionnel de santé*

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

**Autre(s) correspondant(s) :**  
*À renseigner par un professionnel de santé*

Nom(s) / Adresse(s) / Service(s) :

**Éligibilité à l'auto-prélèvement (INCa)**  
Patiente âgée de 30-65 ans, sans antécédent positif et n'ayant pas subi d'hystérectomie totale.  
Si l'une des conditions n'est pas respectée, merci de vous rapprocher de votre prescripteur.

\* L'auto-prélèvement vaginal ne doit pas être effectué pendant les règles, pendant la grossesse ni pendant les trois mois suivant l'accouchement. Dans les 3 jours précédant l'auto-prélèvement vaginal, il est recommandé d'éviter l'utilisation d'ovules, de crèmes, de lavements vaginaux, de contraceptifs vaginaux ou de préservatifs et il est nécessaire de s'abstenir de rapports sexuels.

Référence : DE-PREA-008-01

Unilabs France traite avec attention vos données à caractère personnel. Dans le cadre du RGPD, nous reconnaissons vos droits en tant que personne concernée. Pour plus d'informations, veuillez consulter <https://unilabs.fr/Robique> - Protection des données >

[www.pathologie.unilabs.fr](http://www.pathologie.unilabs.fr) Page 1/2

#### • Condition pré-analytique

	Renseignements	Sur le tube	Sur le BDE*	Obligatoire / nécessaire
PARTIE ADMINISTRATIVE	Nom Prénom	✓	✓	Obligatoire
	Nom de naissance		✓	Obligatoire
	Date de naissance	✓	✓	Obligatoire
	Sexe		✓	Obligatoire
	N° sécurité sociale		✓	Obligatoire
	N° identification du patient NIP		✓	Obligatoire
	Adresse		✓	Obligatoire
	Nom et signature du médecin prescripteur		✓	Obligatoire
	Adresse ou service du médecin prescripteur		✓	Obligatoire
	Nom et adresse des personnes recevant le CR** (hors médecin prescripteur)		✓	Nécessaire
PARTIE MEDICALE	Attestations CMU, ALD, ... ou autre documents		✓	Nécessaire
	Date et heure de prélèvement		✓	Obligatoire
	Nature du pvt		✓	Obligatoire
	Renseignements cliniques :			
	Topographie		✓	Obligatoire
	Hypothèses diagnostics		✓	Obligatoire
Antécédents du patient		✓	Obligatoire	
Traitement en cours		✓	Nécessaire	
Précisions si risques infectieux		✓	Obligatoire	

\* BDE : Bon de Demande d'examen

\*\* CR : Compte rendu

**Il est important de renseigner l'intégralité des informations demandées sur ce bon afin de garantir une prise en charge optimale des prélèvements patients. En l'absence de ces renseignements, une non-conformité pourra être déclarée et renseignée sur le compte rendu d'examen si celle-ci impacte le résultat.**

### 3.1.1 Notice d'utilisation du kit d'auto-prélèvement test HPV

## NOTICE D'UTILISATION DU KIT D'AUTO-PRÉLÈVEMENT TEST HPV

Unilabs, laboratoire de biologie médicale et d'anatomocytologie met à disposition ce kit d'auto-prélèvement du HPV (papillomavirus humain). Le dépistage HPV est recommandé pour les femmes de 30 à 65 ans afin de détecter les infections à un stade précoce et prévenir la progression vers un cancer.

**Merci de renvoyer le tube de prélèvement par la poste ou directement au laboratoire, le jour même du prélèvement.**



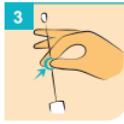
**1** Lavez vous les mains.  
Wash your hands.

يتم غسل اليدين



**2** Ouvrez le tube contenant l'écouvillon seulement au moment de son utilisation en faisant attention à ne rien toucher avec la pointe de l'écouvillon.  
Open the tube containing the swab only at the time of use, being careful not to touch anything with the swab tip.

لا يتم فتح الأنبوب الذي يحتوي على المسحة إلا لحظة استخدامها، مع الحرص على ألا يلامس طرف المسحة أي شيء



**3** Positionnez vos doigts sur la ligne rouge de référence marquée sur la tige de l'écouvillon afin de bien tenir et manipuler le dispositif.  
Position your fingers on the red reference line marked on the swab shaft to properly grip and manipulate the device.

يتم وضع الأصابع فوق الخط المرجعي الأحمر المُشار إليه على عصا المسحة حتى يتم الإمساك بالمسحة بإحكام والتعامل معها واستخدامها بشكل صحيح



**4** Introduisez l'écouvillon dans le vagin jusqu'au trait rouge (position des doigts).  
Insert the swab into the vagina to the red line (position of the fingers).

يتم إدخال المسحة بداخل المهبل حتى علامة الخط الأحمر (موضع إمساك الأصابع بعصا المسحة)



**5** Effectuez le prélèvement par léger frottement et rotation de l'écouvillon sur la paroi vaginale entre 10 et 30 secondes.

Perform the sampling by gently rubbing and rotating the swab against the vaginal wall for 10 to 30 seconds.

يتم أخذ عينة عن طريق فرك وتدوير المسحة بلف و يرفق على جدار المهبل لمدة تتراوح بين 10 و 30 ثانية



**6** Placez l'écouvillon dans son tube d'origine et assurez vous de sa bonne fermeture.

Place the swab back into its original tube and make sure it is properly sealed.

يتم إعادة وضع المسحة في الأنبوب الخاص بها التي كانت بداخله قبل استخدامها والحرص على أن يتم إغلاق الأنبوب بإحكام



**7** Écrivez votre nom, prénom et date de naissance en lettres capitales sur l'étiquette autocollante disponible dans le kit. Collez l'étiquette sur le tube.  
Write your name and date of birth on the label available in the kit. Stick the label on the tube.

يتم كتابة الاسم ولقب وتاريخ الميلاد على البطاقة اللاصقة المرفقة مع الطقم، ويتم لصق البطاقة على أنبوب المسحة



**8** Renseignez vos informations médicales au dos de cette fiche. Placez cette fiche et le tube dans la pochette de transport médicale fourni dans le kit, puis dans l'enveloppe pré-affranchie. Retournez le jour-même votre prélèvement par la poste. Vous pouvez aussi déposer votre kit complet dans un laboratoire Unilabs.

Fill in your medical information on the back of this form. Place this form and the tube in the transparent pouch and then in the postage-paid envelope and send it back by post. You can also drop off your complete kit at a Unilabs laboratory.

يتم استكمال المعلومات الطبية الخاصة بكم على ظهر هذا النموذج. تم يتم وضع هذا النموذج برفقة الأنبوب في الحقيبة الطبية الشفافة الصغيرة المرسلة ضمن الطقم. يتم وضع تلك الحقيبة في لظرف الذي يحمل طابع بريد وتكتب عليه عنوان المرسل إليه مُسبقاً. ينبغي إرسال العينة التي تم أخذها بالبريد في نفس اليوم الذي أجرى فيه لخذ العينة. كما يُمكنكم إحضار وإيداع Unilabs الطقم بأكملها لدى أحد مختبرات



**Pour plus d'informations, vous pouvez visionner notre vidéo dédiée à l'auto-prélèvement**

For more information, you can watch our video dedicated to self-collection

لمزيد من الاستفسارات والمعلومات، بإمكانكم مشاهدة مقطع الفيديو الخاص بكيفية أخذ عينات ذاتياً

### 3.1.2 Acheminement au Cabinet

#### Système de triple emballage pour les échantillons biologiques de catégorie B

- **Envoi par la poste :**

Les patientes envoient le jour même prélèvement suivant les recommandations indiquées dans la notice d'utilisation par voie postale.

- **Dépôt au Cabinet :**

Les patientes déposent le prélèvement suivant les recommandations indiquées dans la notice d'utilisation aux personnels autorisés à l'accueil médical du Cabinet.

- **Dépôt dans un laboratoire Unilabs : (comment sont transmis les kits à PNU ? Coursier ?)**

Les patientes déposent le prélèvement suivant les recommandations indiquées dans la notice d'utilisation dans un laboratoire Unilabs.

Dans ce cas :

- **Ramassage par coursier :**

**Etape 1 :** Tracer l'envoi du (des) prélèvement(s) sur le cahier de suivi DE-LOG-003

**CAHIER DE SUIVI DES PRELEVEMENTS**

N° DE SCILLE :

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

RESERVE ETABLISSEMENT DE SANTE					RESERVE RECEPTION PNU		
Date	Identification Patients	Praticien	VISA du personnel déposant les prélèvements	Nombre de flacons déposés	DATE, HEURE ET VISA du personnel à la réception PNU	Nombre de flacons réceptionnés	Observations éventuelles (secrétaire / coursier) et référence de la Non-Conformité si concerné

**Etape 2 :** Placer le(s) kit(s) contenant le(s) prélèvement(s) et le(s) bon(s) de demande d'examen dans un sac transparent avec scellé accompagné du premier feuillet du cahier de prélèvement, le second restant dans le cahier ainsi que dans le service pour la traçabilité.

**Etape 3 :** Vérifier la concordance entre ce qui est tracé le cahier de suivi DE-LOG-003 et le(s) sachet(s) présent(s) dans la malle. Fermer celle-ci et placer le scellé.



### 3.1.3 Les besoins en matériel

Le Cabinet met à disposition le matériel de prélèvements nécessaire à la bonne réalisation de l'examen. Un formulaire DE-LOG-001 est mis à disposition à la demande et sur le site internet.

La commande peut être effectuée par :

- Internet sur le site du cabinet PNU : <https://pathologie.unilabs.fr>
- Fax : 03 20 97 40 87
- Téléphone : 03 20 97 40 98
- Via coursier



60 Bd. Jean-Baptiste Lebas – 59000 Lille  
Tél : 03.20.97.40.98 / Fax : 03.20.97.40.87  
Mail : logistique.pnu@unilabs.com

#### DEMANDE DE MATERIEL

Annexe 3

CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE			HISTOLOGIE				
Flacon ThinPrep Hologic pour frottis/HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tpp	Flacon formol petit format 25 cc / 12 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fol20
Cytobrosse CervexBrush	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cbs	Flacon formol moyen format 60 cc / 25 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fol
Cytobrosse Combibrush	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	com	Flacon formol grand format 150 cc / 75 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	poc
EndoCervex Brush (endocol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ctb3	Pot plastique 280 ml + couvercle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pom
Ecouvillon bois/coton tête large	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eco	Pot plastique 1 L + couvercle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pol
Spatules d'Ayres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spb	Seau blanc 3 L + couvercle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spo3
Kit d'auto-test HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	apv	Seau blanc 5,7 L + couvercle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spo5
CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE			DIVERS				
Porte-lames carton 3 lames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bpo	Bidon formol 4% Buffered 5L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bid
Lames blanches de microscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vie	Bidon formol 4% Buffered 10 L avec robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cubi
Lamelles rectangulaires 24x50mm N°1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lam	Milieu de Michel pour IF 20 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mic
LaboFix aérosol 200 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fix	Pipettes de Cornier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pip
Flacon stérile 60 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	str	Cassette + mousse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cas
Flacon Thinprep Cytoloyt (cyto urinaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ctl	Tube RNA LATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rna
Flacon Thinprep Pap Test (autre cyto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tpp	Fiche de demande d'examen PNU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fic
Flacon BD Surepath (organes profonds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sur	Fiche de demande d'examen gynéco PNU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ficgyn
Flacon Alcoool (LCR uniquement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fix	Fiche pour recherche mutation somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ficsom
Cytobrosse AnexBrush (cyto anale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	amb	Feutre indélébile pour flacon Hologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	feu
Expéditeur (nom, adresse et service) :				Scellé pour bac à navette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sce
Date : / /				Grand sac de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gst
Cachet :				Sachet double poche zip : couleur à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pst
Réf : DE-LOG-001-07			Date d'application : 08/09/2023	Enveloppe Post-Réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mat
				Carnet Bloc Opérateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cbo
				Carnet A5 Duplicata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pct

*Veuillez prévoir un délai de 48 h pour la livraison*

# ANNEXES

## Annexe 6 : Bon de demande d'examen Auto-prélèvement DE-PREA-008



60 Bd Jean-Baptiste Lebas, B.P. 625 - 59024 LILLE Cedex

Etiquette  
laboratoire

BON DE DEMANDE

# AUTO-PRÉLÈVEMENT TEST HPV

Urgent     À faxer     À téléphoner    Merci de préciser n° :

À renseigner par un professionnel de santé

### Renseignements administratifs patient(e) :

À renseigner par la patiente en autonomie ou le professionnel de santé qui la suit dans la démarche

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° SS + clé : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Nom et N° de mutuelle : \_\_\_\_\_  
Date du prélèvement (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Bénéficiaire :  CSS  AME  ALD  INVAL  
Heure du prélèvement : \_\_\_\_ H \_\_\_\_ Minutes  
La patiente est-elle vaccinée HPV : OUI / NON  
La patiente est-elle ménopausée : OUI / NON

Joindre impérativement copie d'attestation de droits

### Médecin prescripteur / sage-femme

À renseigner par un professionnel de santé

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

### Autre(s) correspondant(s) :

À renseigner par un professionnel de santé

Nom(s) / Adresse(s) / Service(s) :

### Éligibilité à l'auto-prélèvement (INCa)

Patiente âgée de 30-65 ans\*, sans antécédent positif et n'ayant pas subi d'hystérectomie totale.

Si l'une des conditions n'est pas respectée, merci de vous rapprocher de votre prescripteur.

\* L'auto-prélèvement vaginal ne doit pas être effectué pendant les règles, pendant la grossesse ni pendant les trois mois suivant l'accouchement. Dans les 3 jours précédant l'auto-prélèvement vaginal, il est recommandé d'éviter l'utilisation d'ovules, de crèmes, de lavements vaginaux, de contraceptifs vaginaux ou de préservatifs et il est nécessaire de s'abstenir de rapports sexuels.

Référence : DE-PREA-008-01

Unilabs France traite avec attention vos données à caractère personnel. Dans le cadre du RGPD, nous reconnaissons vos droits en tant que personne concernée. Pour plus d'informations, veuillez consulter <https://unilabs.fr> Rubrique « Protection des données »

