



Unilabs IHCP

ZA de Terrefort
12 av. de Terrefort CS 50268
33523 BRUGES Cedex
Tel 05 57 22 22 88 / Fax 05 57 22 22 89

Bon de demande Prélèvement CERVICO-UTERIN (Cytologie / Test HPV)

Etiquette laboratoire

URGENT à faxer à téléphoner Merci de préciser N°:

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS PATIENT(E)

Nom d'usage : Adresse :
 Nom de naissance :
 Prénom : CP : Ville :
 Date de naissance :
 Mail : N° SS + clé :
 Téléphone : Caisse :
 Nom et N° Mutuelle :
 Bénéficiaire CSS AME ALD INVAL
 joindre impérativement copie attestation de droits

accord du patient pour la dématérialisation de la facture

PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR

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

AUTRE(S) CORRESPONDANT(S)

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

DEMANDE D'EXAMEN / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DATE DE PRELEVEMENT :
 Localisation du prélèvement :
 Type de prélèvement : Milieu liquide Frottis conventionnel Nb de lames :

TEST HPV

DEPISTAGE ORGANISE Fournir justificatif
 DEPISTAGE INDIVIDUEL HPV primaire (30 à 65 ans)
 CONTROLE (test HPV)

CYTOLOGIE

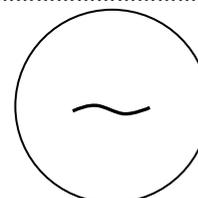
DEPISTAGE ORGANISE Fournir justificatif
 DEPISTAGE INDIVIDUEL CYTOLOGIE (< 30 ans ; >65 ans)
 CONTROLE (CYTOLOGIE)

CO - TESTING

CO-TESTING (réalisation des 2 tests quel que soit le résultat) ATTENTION CETTE DEMANDE N'ENTRE PAS DANS LES RECOMMANDATIONS HAS ACTUELLES ET COMPORTE DONC POTENTIELLEMENT UN EXAMEN HORS NOMENCLATURE. MERCI D'OBTENIR L'ACCORD PREALABLE DE LA PATIENTE CAR UN RESTE A CHARGE NON REMBOURSABLE N'EXCEDANT PAS 30€ POURRAIT LUI ETRE FACTURE.

ANTERIORITE(S) :

Statut vaccinal anti HPV : Oui - Nb d'injections : Non Inconnu
 DDR :
 Grossesse Post partum Ménopause Hystérectomie totale Hystérectomie sub totale
 Contraception hormonale THS **COLPOSCOPIE**
 DIU Chimio-radio-Curie thérapie Aspect du col :
 Traitement local
 Topographie : Cervico utérine Autre :



Cadre réservé au laboratoire