

**❖ PATIENTE**

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : | | | | | | | |

Adresse : .....

.....

CP : | | | | | | Ville : .....

Téléphone : | | | | | | | |

**❖ PRESCRIPTEUR**

Nos RPPS : | | | | | | | |

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : | | | | | | Ville : .....

**Préleveur : .....**
**Date de prélèvement : | | | | | | | |**
**❖ FACTURATION / TIERS PAYANT (Uniquement pour dépistage HPV primaire)**
*Champs à renseigner obligatoirement pour une prise en charges des examens, sauf dépistage organisé.*

Org. rattachement SS | | | | | | | | Code gestion | | |

N° de SS : | | | | | | | | | | | | | |

Mutuelle : ..... N°AMC | | | | | | | |

 Coller ici l'étiquette  
de la lettre d'invitation le cas échéant

**❖ PRESCRIPTION**
☐ Dépistage organisé

**HPV**
**OU**
**CYTOLOGIE (Unilabs IHCP)**
**PATIENTE DE 30 à 65 ANS**
☐ **HPV primaire (Unilabs Aquibio)**

 ▶ En cas de positivité, un examen de cytologie  
réflexe sera réalisé

☐ **HPV secondaire**

▶ Pas de cytologie réflexe

**PATIENTE DE MOINS DE 30 ANS**
☐ **Cytologie cervicale primaire**

▶ Si résultat ACSUS, un HPV réflexe sera réalisé

☐ **Cytologie cervicale de contrôle**

▶ Réflexe, suivi de traitement, contrôle lésion

☐ **CO-TESTING (Réalisation des 2 tests quel que soit le résultat de l'HPV)**

▶ Cette demande n'entre pas dans les recommandations HAS et comporte potentiellement un examen hors nomenclature. Il est nécessaire d'obtenir l'accord préalable de la patiente (Reste à charge jusqu'à 30€)

**❖ MODE DE PRELEVEMENT**
☐ Prélèvement Cervical (Milieu ThinPrep)
 ☐ Auto-prélèvement Vaginal (Ecouvillon d'auto-prélèvement)

En cas d'auto-prélèvement, si l'HPV est positif, la patiente devra prendre RDV pour réaliser une cytologie

**❖ LOCALISATION DU PRELEVEMENT**
☐ Vagin
 ☐ Exocol  
☐ Endocol
 ☐ Jonction Endo-exocol

**❖ DIFFUSION DES RESULTATS AU PATIENT**
☐ **Mail : .....**
☐ **Au laboratoire**
☐ **Frottis : diffusion par le Prescripteur** (si coché, le Prescripteur s'occupe exclusivement de la communication des résultats de cytologie)

☐ Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, mes données personnelles sont partagées avec le CRCDC. Je m'oppose à la transmission de mes résultats au CRCDC qui de ce fait ne réalisera pas sa mission de suivi pour ce dépistage.

**❖ RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**
☐ Grossesse
 ☐ DIU  
☐ Contraception Hormonale
 ☐ Ménopause  
☐ Leucorrhées
 ☐ Cycle irrégulier  
☐ Métrorragies
 ☐ Post partum  
☐ Hystérectomie subtotal
 ☐ THS  
☐ Hystérectomie totale
 DDR | | | | | | | |

**❖ COMMENTAIRES CLINIQUES / ANTECEDENTS**

### Eligibilité 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.

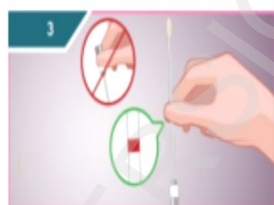
*\* L'auto-prélèvement vaginal ne doit pas être effectué pendant les règles, pendant la grossesse ni pendant les trois mois suivant l'accouchement. Dans les 3 jours précédant l'auto-prélèvement vaginal, il est recommandé d'éviter l'utilisation d'ovules, de crèmes, de lavements vaginaux, de contraceptifs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



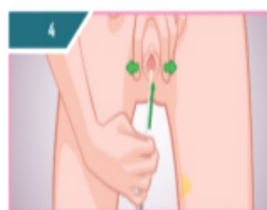
1-Lavez-vous les mains



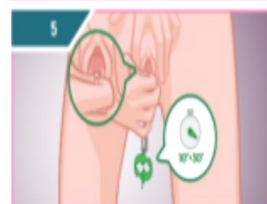
2-Ouvrez le tube contenant l'écouvillon seulement au moment de son utilisation en faisant attention à ne rien toucher avec la pointe de l'écouvillon



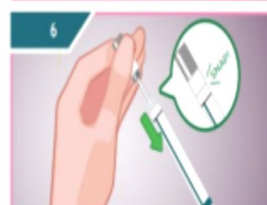
3-Positionnez vos doigts sur la ligne rouge de référence marquée sur la tige de l'écouvillon afin de bien tenir et manipuler le dispositif



4-Introduisez l'écouvillon dans le vagin jusqu'au trait rouge (position des doigts),



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



6-Placez l'écouvillon dans son tube d'origine et assurez-vous de sa bonne fermeture  
**Identifiez le tube avec votre Nom, Prénom et date de naissance**