



## Bon de demande d'examen Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le préleveur atteste avoir remis à la patiente le dépliant d'information sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU). Cocher cette case :

### Protocole de prélèvement

Se référer au protocole de prélèvement en milieu liquide type ThinPrep disponible sur notre site [my-unilabs](https://my-unilabs.fr).

- 1- Identifier le flacon PreservCyt avec **le nom, prénom et date de naissance de la patiente**.
- 2- Mettre le flacon dans le sachet de transport, sceller le sachet, introduire cette fiche complétée dans la pochette Kangourou.
- 3- Conservation à **température ambiante (15-25°C)**.

### Renseignements administratifs

► **Nom d'usage** : ..... ► **Prénom** : ..... ► **Sexe** :  F

► **Nom de Naissance** : ..... ► **Date De Naissance** : ..... / ..... / ..... ► **Lieu De Naissance** : .....

► **N° de Tél** : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ► **Email** : .....

► **Adresse** : .....

► **N° Sécurité Sociale** : ..... **Caisse** : ..... **Centre** : .....

► **Matricule INS** : .....

► **Nom de la Mutuelle** : ..... **N° AMC / télétrans** : .....

**Numéro d'adhérent** : ..... **Fin de droit** : .....

► **Médecin prescripteur / médecin traitant** : Dr .....

Participation au dépistage organisé (prise en charge à 100%) sur présentation de l'invitation dématérialisée ou reçue par voie postale. Une ordonnance n'est pas nécessaire si le prélèvement est réalisé au laboratoire.

Patiente n'ayant pas de suivi gynécologique régulier (prise en charge 1/3 payant)

### Renseignements cliniques

► **Date du prélèvement** : ..... / ..... / ..... ► **Heure du prélèvement** : ..... H ..... ► **Nom du préleveur** : .....

**Localisation du prélèvement** :  Vagin  Col  Autre :

**Aspect du col à l'examen gynécologique** : .....

**Biopsie**  non  oui, nombre de flacons : ..... Localisation : .....

► **DEPISTAGE PRIMAIRE** :

**Avant 30 ans** : envoi labo anapath.  
Cytologie, avec PCR HPV réflexe si ASC-US ou AGC.

**De 30 à 65 ans : examen réalisé sur le site INTERLABO.**  
PCR HPV, avec cytologie réflexe si PCR positive (envoi labo anapath).

► **Renseignements cliniques et thérapeutiques** :

Mode de contraception  orale  stérilet.  
Vaccination :  OUI, nombre de doses : .....  NON  Ne sait pas.  
Date des dernières règles : ..... / ..... / .....

Grossesse - nombre de semaines d'aménorrhée : ..... SA.  
 Post-partum.  
 Ménopause.

► **Date et résultat du précédent test de dépistage** : .....

Antécédents de pathologie cervicale (test HPV + / lésion de bas grade / lésions de haut grade...), dates et traitements éventuels : .....

Hystérectomie -  totale  subtotale - Date : ..... / ..... / .....  Conisation - Date : ..... / ..... / .....

► **SURVEILLANCE** :

**PCR HPV à 12 mois : examen réalisé sur le site INTERLABO**  
- Si antécédent de PCR HPV positive et cytologie normale.  
- Si antécédent de coloscopie normale après LSIL, ASC-US HPV +.  
Cytologie réflexe si PCR positive (envoi labo anapath).

**PCR HPV à 6 mois : examen réalisé sur le site INTERLABO**  
- Si post conisation (sans limite d'âge).  
Cytologie réflexe si PCR positive (envoi labo anapath).