



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. Cocher cette case :

Protocole de prélèvement

Se référer au protocole de prélèvement disponible sur notre site my-unilabs.

- 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- Apporter le prélèvement **le plus rapidement possible** au laboratoire ou à la pharmacie. Conservation à **température ambiante (15-25°C)**.

Renseignements administratifs

- **Nom** : ► **Prénom** : ► **Sexe** : F
- **Nom de Naissance** : ► **Date De Naissance** : / /
- **N° de Tél** : / / / / ► **Email** :
- **Adresse** :
- **Médecin traitant** : Dr
- **N° Sécurité Sociale** : **Caisse** : **Centre** :
- **Matricule INS** :
- **Nom de la Mutuelle** : **N° AMC / télétrans** :
- Numéro d'adhérent** : **Fin de droit** :
- 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** :
- **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.
- Antécédents de pathologie cervicale et de traitement éventuel :
-
- Hystérectomie - totale subtotale - Date : / / Conisation - Date : / /
- **Date et résultat du précédent test de dépistage** :
- **Aspect du col à l'examen gynécologique** :
- **Biopsie** non oui, nombre de flacons : Localisation :