

## TEST VPH / CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

* Prescripteur responsable des résultats	
*Nom, *Prénom : .....	*Patient Nom:
*Permis N° : .....	*Patient Prénom :
*Clinique/bureau : .....	*No. de dossier / RAMQ :
* Fax N° pour le retour des résultats urgents :	*Adresse :
* Adresse :	*Date de naissance (aaaa/mm/jj) :
*Tél :	*Genre :
*Signature : .....	* Informations obligatoires
<b>* Date et heure (aaaa/mm/jj)</b>	

Choisissez votre laboratoire affilié :  Glen  Lachine  HGM  Général juif  St. Mary's  Lakeshore  Lasalle  
 Val d'Or  Amos  Rouyn-Noranda  Senneterre  La Sarre  Ville Marie  Témiscaming-Kipawa  
 Chisasibi  Inuulitsivik  Ungava  Mistissini

Choisissez une option ci-dessous :

ANALYSE DEMANDÉE ET SOURCE DU SPÉCIMEN (RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES)		
TEST VPH		CYTOLOGIE SEULEMENT
<input type="checkbox"/> <b>Dépistage en 1<sup>ère</sup> intention (TAAN VPH avec cytologie reflexe si VPH positif)</b> <i>Code du test de laboratoire VPHGO</i>	<input type="checkbox"/> <b>Co-test: TAAN VPH avec cytologie (Circonstances spéciales seulement)</b> <i>Code du test de laboratoire COHPV</i>	<input type="checkbox"/> <b>CYTOLOGIE (PAS DE TEST VPH)</b>
<b>Source</b> <input type="checkbox"/> col de l'utérus et endocol uniquement	<b>Source</b> <input type="checkbox"/> col de l'utérus et endocol <input type="checkbox"/> dôme vaginal (post-hystérectomie)	<b>Source</b> <input type="checkbox"/> Col de l'utérus-endocervix <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

INFORMATIONS CLINIQUES
Date des dernières règles (aaaa/mm/jj) : _____
<input type="checkbox"/> Cytologie antérieure anormale : Diagnostic : _____
<input type="checkbox"/> Chirurgie précédente <input type="checkbox"/> HAT <input type="checkbox"/> Hystérectomie partielle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Traitement au laser <input type="checkbox"/> Cryothérapie
<input type="checkbox"/> Vaccination contre le VPH <input type="checkbox"/> Condylome
<input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Ménopause <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Hormonothérapie / contraceptif oral actuellement
<input type="checkbox"/> Saignements post-ménopausiques <input type="checkbox"/> Autres informations cliniques : _____

RÉSERVÉ AU CYTODIAGNOSTIC EN LABORATOIRE
<input type="checkbox"/> NILM/réactionnel <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> Insatisfaisant
<input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> Adénocarcinome
<input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde <input type="checkbox"/> Carcinome, autre
Remarques :
Zone de transformation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cytotechnologiste _____ Date (aaaa/mm/jj) _____ Pathologiste _____