

REQUÊTE DE VPH
ET/OU CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : _____ Heure : _____

Nom, Prénom du prescripteur : _____

Numéro de pratique : _____

Département/Installation : _____

Adresse/téléphone : _____

Signature : _____

Espace réservé pour la carte d'assurance maladie, l'étiquette
autocollante ou la carte de l'hôpital de l'utilisateur.

ESPACE RÉSERVÉ
AU LABORATOIRE

C.C. (Nom du médecin/ IPS – Nom/adresse de la clinique médicale) : _____

TAAN VPH (Biologie moléculaire)

TAAN VPH en 1^{re} intention *
avec cytologie si requise

TAAN VPH ET cytologie
(Réservé à la clinique de colposcopie)

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

Cytologie
(TAAN VPH non requis**)

PRIORITÉ (Renseignements obligatoires)

ROUTINE

STAT

COLPOSCOPIE

SOURCE DU SPÉCIMEN (Renseignements obligatoires)

CERVICAL

DÔME VAGINAL

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DDM : _____

GROSSESSE de : _____ semaines

MÉNOPAUSE À L'ÂGE DE : _____

HORMONOTHÉRAPIE

POST-PARTUM de : _____ semaines

STÉRILET

CHIRURGIE, TRAITEMENT, SUIVI ET ANTÉCÉDENT

CYTOLOGIE ANTÉRIEURE ANORMALE dans les 5 dernières années

CONISATION/LEEP

Antécédent de RADIOTHÉRAPIE région pelvienne

HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Antécédent de néoplasie du col

Autres renseignements : _____



* Selon l'algorithme de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

** L'analyse de la cytologie seule s'applique aux situations suivantes :

- Si le statut VPH est connu dans les 12 derniers mois (positif ou négatif);
- Si la personne est de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans;
- Selon les autres indications spécifiées dans l'algorithme de l'INESSS.

REQUÊTE DE CYTOLOGIE NON GYNÉCOLOGIQUE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : _____ Heure : _____

Nom, prénom du prescripteur : _____

Numéro de pratique : _____

Signature : _____

Département/installation : _____

Adresse/téléphone : _____

C.C. (Nom du médecin, N° pratique et adresse) : _____

Nombre de lame(s) : _____ Nombre de pot (s) : _____

SYSTÈME RESPIRATOIRE

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASPIRATION BRONCHIQUE | <input type="checkbox"/> LAVAGE ALVÉOLAIRE | <input type="checkbox"/> BROSSAGE BRONCHIQUE |
| <input type="checkbox"/> EBUS | _____ | <input type="checkbox"/> EXPECTORATION |
| GANGLION no : _____ | <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche _____ | |

SYSTÈME URINAIRE

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> URINE (MICTION) | <input type="checkbox"/> MICTION POSTCYTOSCOPIE | <input type="checkbox"/> CATHÉTÉRISME |
| <input type="checkbox"/> BASSINET/REIN | <input type="checkbox"/> URETÈRE | |
| <input type="checkbox"/> SONDE | <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche _____ | |

CYTOPONCTION

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEIN | <input type="checkbox"/> THYROÏDE | <input type="checkbox"/> ISTHME |
| <input type="checkbox"/> MASSE CERVICALE/COU | <input type="checkbox"/> GLANDE SALIVAIRE | <input type="checkbox"/> KYSTE : _____ |
| <input type="checkbox"/> NODULE/MASSE : _____ | <input type="checkbox"/> GANGLION | <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche _____ |

SYSTÈME DIGESTIF

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> BROSSAGE ŒSOPHAGE | <input type="checkbox"/> BROSSAGE GASTRIQUE | <input type="checkbox"/> BROSSAGE CHOLÉDOQUE |
| <input type="checkbox"/> LAVAGE ŒSOPHAGE | <input type="checkbox"/> LAVAGE GASTRIQUE | <input type="checkbox"/> PANCRÉAS |

LIQUIDE BIOLOGIQUE

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PÉRITONÉAL/ASCITE | <input type="checkbox"/> PLEURAL | <input type="checkbox"/> PÉRICARDIQUE |
| | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE |
| <input type="checkbox"/> AUTRE : _____ | <input type="checkbox"/> SYNOVIAL | <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche _____ |

ANTÉCÉDENT DE NÉOPLASIE

DIAGNOSTIC: _____ SITE PRIMAIRE: _____ STADE CLINIQUE : _____

TRAITEMENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CHIMIOTHÉRAPIE (Date : _____) | <input type="checkbox"/> RADIOTHÉRAPIE (Date : _____) |
|--|---|

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

PLAQUER CARTE ICI

Espace réservé pour la carte d'assurance
maladie, l'étiquette autocollante ou la carte de
l'hôpital de l'utilisateur.

ESPACE RÉSERVÉ
AU LABORATOIRE