



Hôpital Louis-Pasteur  
BP 208  
50102 CHERBOURG  
FINISS : 500000187

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
BIOLOGIE  
LESIONS NEOPLASIQUES DU COL UTERIN  
DEMANDE D'EXAMEN DE DEPISTAGE OU DE SUIVI

IDENTITE PATIENTE

Numéro de séjour :  
Nom :  
Nom de naissance :  
Prénom :  
Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :  
Adresse complète :

- DEPISTAGE ORGANISE  
 DEPISTAGE INDIVIDUEL  
 CONTROLE / SUIVI

Date du prélèvement :   /   /

Heure du prélèvement :   h

\*Etiquette CRCDC au verso

MEDECIN/SF DEMANDEUR :

PRELEVEUR (si différent) :

MEDECIN TRAITANT :

DATE DE LA DEMANDE :

MEDECIN CORRESPONDANT :

(si différent de la date de prélèvement)

- Envoi des résultats patient sur BIOSERVEUR : tél.

**EXAMEN A REALISER SUR PRELEVEMENT DE COL UTERIN EN PHASE LIQUIDE** (milieu Thinprep / Hologic\*)

**CYTOLOGIE (FCU)**  
(sachet rouge Anapath)

- Dépistage femme de 25-30 ans selon recommandations HAS 2019  
 Dépistage annuel dans contexte d'immunodépression  
 Contrôle à un an après lésion de bas grade chez la femme de moins de 30 ans  
 Autre (hors recommandations HAS 2019) : ...

**TEST HPV**  
(sachet vert Biologie)

- Dépistage Femme 30 – 65 ans selon recommandations HAS 2019  
 Contrôle après traitement ou suivi de lésion de bas grade  
 Contrôle après traitement ou suivi de lésion de haut grade  
 Autre (hors recommandations HAS 2019) : ...

**CAS PARTICULIER :**

EXAMEN FEMME > 65 ans

PRELEVEMENT VAGINAL (ATCD hystérectomie pour lésion néoplasique du col - lésion vaginale (VaIN))

**CYTOLOGIE** (sachet rouge Anapath)

**TEST HPV** (sachet vert Biologie)

**CONTEXTE CLINIQUE**

DDR : .....  Grossesse (date : )  Post-partum  Ménopause

Contraception :  hormonale  DIU  Implant  Autre : ....

**Symptomatologie :**

ATCD GYNECOLOGIQUES ET DE PATHOLOGIE DU COL UTERIN :

TRAITEMENTS EVENTUELS :  chirurgie  radiothérapie  autre(s) :

STATUT VACCINAL ANTI-HPV : VACCINATION  OUI  NON  INCONNU

OPPOSITION A LA TRANSMISSION DES DONNEES\* :  NON  OUI

\* NON : J'atteste avoir remis le dépliant de l'INCa à la patiente, l'avoir informée de ses données personnelles et de ses droits et atteste qu'elle ne s'est pas opposée à la transmission de ses données d'identification (notamment nom, prénom, date de naissance) et de ses résultats au CRCDC

OUI : J'atteste avoir remis le dépliant de l'INCa à la patiente, l'avoir informée de ses données personnelles et de ses droits et atteste qu'elle s'est opposée à la transmission de ses résultats au CRCDC qui de ce fait ne réalisera pas sa mission de suivi de ce dépistage. Elle a été informée que ses données d'identification (notamment nom, prénom, date de naissance) seront toutefois transmises au CRCDC afin qu'il puisse prendre en compte son droit d'opposition et ne pas la relancer

**Réservé laboratoires**

Transmission de l'échantillon pour :

Cytologie reflexe suite à HPV+ (date .....

HPV reflexe suite à FCU ASC-US / AGC (date.....)

Saisir en copie sur Molis : ANAPAT

**ETIQUETTE**

**CRCDC**