

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :
 Prénom* :
 Nom de naissance* :
 Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F
 Adresse* :

 Code postal* : Ville* :
 Mail* :
 Tél.* : _ _ _ _ - _ _ _ _ _
 N° sécurité sociale* :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Caisse Assurance maladie : Dpt :
 Mutuelle :
 Prise en charge : ALD Invalidité Stérilité CMU
 grossesse Accident de travail
 Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient) :
 CNI Passeport Livret de famille Autres

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :
 Préleveur :
 Lieu : Domicile ES / EPHAD Autre :

CACHET & SIGNATURE PRESCRIPTEUR

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal
 Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé :
 Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. Si le patient s'oppose, cocher cette case

MODE DE PRÉLÈVEMENT

Prélèvement cervical
 Auto-prélèvement vaginal

CONTEXTE DU DÉPISTAGE

Dépistage individuel
 Dépistage organisé (courrier/mail assurance maladie **AMELI**)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières règles :/...../.....
 Grossesse..... Oui Non
 Post-partum..... Oui Non
 Ménopause..... Oui Non
 Cycle irrégulier..... Oui Non
 Leucorrhées..... Oui Non
 Contraception hormonale..... Oui Non
 D.I.U..... Oui Non
 T.H.S..... Oui Non
 Hystérectomie..... Oui Non
 Métrorragies..... Oui Non
 Vaccin anti-HPV..... Oui Non

ANTÉCÉDENTS CLINIQUE

.....

DÉPISTAGE CCU

Dans le cadre du dépistage du CCU, la patiente est informée de ses données personnelles et de ses droits.
 Elle accepte la transmission de ses données d'identification et de ses résultats au CRCDC
 Elle s'oppose à la transmission de ses données

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :
 Prénom* :
 Nom de naissance* :
 Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F
 Adresse* :

 Code postal* : Ville* :
 Mail* :
 Tél.* : _ _ _ _ - _ _ _ _ _
 N° sécurité sociale* :
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Caisse Assurance maladie : Dpt :
 Mutuelle :
 Prise en charge : ALD Invalidité Stérilité CMU
 grossesse Accident de travail
 Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient) :
 CNI Passeport Livret de famille Autres

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :
 Préleveur :
 Lieu : Domicile ES / EPHAD Autre :

CACHET & SIGNATURE PRESCRIPTEUR

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal
 Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé :
 Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. Si le patient s'oppose, cocher cette case

MODE DE PRÉLÈVEMENT

Prélèvement cervical
 Auto-prélèvement vaginal

CONTEXTE DU DÉPISTAGE

Dépistage individuel
 Dépistage organisé (courrier/ mail assurance maladie **AMELI**)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières règles :/...../.....
 Grossesse..... Oui Non
 Post-partum..... Oui Non
 Ménopause..... Oui Non
 Cycle irrégulier..... Oui Non
 Leucorrhées..... Oui Non
 Contraception hormonale..... Oui Non
 D.I.U..... Oui Non
 T.H.S..... Oui Non
 Hystérectomie..... Oui Non
 Métrorragies..... Oui Non
 Vaccin anti-HPV..... Oui Non

ANTÉCÉDENTS CLINIQUE

.....

DÉPISTAGE CCU

Dans le cadre du dépistage du CCU, la patiente est informée de ses données personnelles et de ses droits.
 Elle accepte la transmission de ses données d'identification et de ses résultats au CRCDC
 Elle s'oppose à la transmission de ses données

PRESCRIPTION (PATIENTE DE -30 ANS)

- Cytologie cervico-utérine / Anapath**
 - Cytologie cervicale primaire ou de contrôle à 1 an et 3 ans des premières cytologies
 - Cytologie cervicale de contrôle d'une lésion ou en suivi de traitement (cf. ordonnance)
- Test HPV**
 - Test HPV réflexe suite à une cytologie positive ou en suivi de traitement

PRESCRIPTION (PATIENTE DE -30 ANS)

- Cytologie cervico-utérine / Anapath**
 - Cytologie cervicale primaire ou de contrôle à 1 an et 3 ans des premières cytologies
 - Cytologie cervicale de contrôle d'une lésion ou en suivi de traitement (cf. ordonnance)
- Test HPV**
 - Test HPV réflexe suite à une cytologie positive ou en suivi de traitement

PRESCRIPTION (PATIENTE DE 30 ANS À 65 ANS)

- Test HPV**
 - Test HPV primaire (1^{ère} intention) ou en suivi
 - Test HPV en suivi de traitement ou de contrôle à 1 an d'un test positif avec une cytologie négative
- Cytologie cervico-utérine / Anapath**
 - Cytologie cervicale réflexe suite à un auto-prélèvement HPV positif, de contrôle d'une lésion ou en suivi de traitement (cf.ordonnance)

PRESCRIPTION (PATIENTE DE 30 ANS À 65 ANS)

- Test HPV**
 - Test HPV primaire (1^{ère} intention) ou en suivi
 - Test HPV en suivi de traitement ou de contrôle à 1 an d'un test positif avec une cytologie négative
- Cytologie cervico-utérine / Anapath**
 - Cytologie cervicale réflexe suite à un auto-prélèvement HPV positif, de contrôle d'une lésion ou en suivi de traitement (cf.ordonnance)

INSTRUCTIONS (Utiliser les dispositifs de prélèvement fournis par le laboratoire)

Auto-prélèvement vaginal (test HPV uniquement)

Prendre en main la tige de l'écouvillon FLOQSwabs® au niveau de la marque rouge puis l'introduire dans le vagin par sa pointe jusqu'à la marque rouge. Tourner l'écouvillon par rotation sur lui-même pendant 10 à 30 puis le replacer dans le tube.

Prélèvement cervical (test HPV et FCU)

Appuyer la brosse endocervicale au niveau de la zone de jonction du col utérin puis tourner 5 fois. Pressez une dizaine de fois la brosse contre le fond du flacon, agitez la brosse dans le milieu Preservcyt® puis revisser le flacon.

Identifier le flacon ou l'écouvillon avec le nom, le prénom et la date de naissance de la patiente.
Compléter la fiche de renseignements cliniques
Acheminer le prélèvement au laboratoire à température ambiante (<48h).

INSTRUCTIONS (Utiliser les dispositifs de prélèvement fournis par le laboratoire)

Auto-prélèvement vaginal (test HPV uniquement)

Prendre en main la tige de l'écouvillon FLOQSwabs® au niveau de la marque rouge puis l'introduire dans le vagin par sa pointe jusqu'à la marque rouge. Tourner l'écouvillon par rotation sur lui-même pendant 10 à 30 puis le replacer dans le tube.

Prélèvement cervical (test HPV et FCU)

Appuyer la brosse endocervicale au niveau de la zone de jonction du col utérin puis tourner 5 fois. Pressez une dizaine de fois la brosse contre le fond du flacon, agitez la brosse dans le milieu Preservcyt® puis revisser le flacon.

Identifier le flacon ou l'écouvillon avec le nom, le prénom et la date de naissance de la patiente.
Compléter la fiche de renseignements cliniques
Acheminer le prélèvement au laboratoire à température ambiante (<48h).

RAPPORTER LA FICHE COMPLÉTÉE + FLACON IDENTIFIÉ

RAPPORTER LA FICHE COMPLÉTÉE + FLACON IDENTIFIÉ