

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F

Adresse* :

.....

CP* : 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 :

Autre (préciser) :

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)

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)



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
_C2ENRHPVv04 – FROTTIS CERVICO UTÉRIN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières règles :/...../.....

Grossesse.....

Post-partum.....

Ménopause.....

Cycle irrégulier.....

Leucorrhées.....

Contraception hormonale.....

D.I.U.....

T.H.S.....

Hystérectomie.....

Métrorragies.....

Vaccin anti-HPV.....

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

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

Auto-prélèvement vaginal avec le dispositif FLOQSwab® (Test HPV uniquement)

Ouvrir le tube puis saisir la tige de l'écouvillon au niveau du repère rouge.

Collecter l'échantillon vaginal par rotation puis réinsérer l'écouvillon dans le tube.

Envoyer **immédiatement** le prélèvement à l'état sec au laboratoire.

Dans le cas contraire, transférer la tige de l'écouvillon dans un flacon PreservCyt®. Poser la partie de la tige comportant le point de rupture contre le bord du flacon puis courber la tige jusqu'à la briser. Jeter la partie supérieure de l'écouvillon

Prélèvement cervical en milieu PreservCyt®(Test HPV et cytologie)

Collecter l'échantillon cervical en appuyant la brosse endocervicale au niveau de la zone de jonction du col utérin.

Effectuer plusieurs rotations pour récupérer un maximum de cellules.

Décharger l'échantillon dans le milieu PreservCyt® en pressant vigoureusement la brosse contre le fond du flacon.

Jeter la brosse et refermer 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, **conserver et transporter** le prélèvement au laboratoire à une température comprise entre 2 à 25°C.

RAPPORTER LA FICHE COMPLÉTÉE + FLACON IDENTIFIÉ