

Nom:

et

RAMQ:

ou
No. Dossier:

ou
Date de naissance:

**CLINIQUE
OU SERVICE :**

**MEDECIN
PRESCRIPTEUR : DR**

Nom, prénom complet et # pratique en lettre moulée plus signature

DATE DE LA DEMANDE D'ANALYSE: A A A A / M M / J J

COPIE À:
Nom, prénom complet et numéro de pratique en lettre moulée

Prélèvement(s): Date: A A A A / M M / J J, Heure: H H : M M

- OV CC Copie conforme à la prescription
 OIS
 OC

Signature de l'infirmière, _____
pratique _____

Réservé à l'usage du laboratoire

Numéro de cas en cytologie
coller l'étiquette code-barre ici

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES LA DOUBLE IDENTIFICATION SUR LA LAME
Important: Tout formulaire non complété conformément sera refusé

- COL
 ENDOCOL CYTOBROSSE
 VOÛTE VAGINALE TEST DE FOUGÈRE

D.D.M. : _____

Durée cycle : _____

Grossesse _____ sem.

Post-partum _____ sem.

- Stérilet
 Contraceptifs oraux
 Ménopause
 Hormonothérapie substitutive
 Saignement post-ménopause
 Condylomes génitaux

Résultats cytologiques antérieurs :

- Atypies des cellules épidermoïdes
 Atypies épidermoïdes haut grade
 Lésion de bas grade
 Lésion de haut grade
 Atypies des cellules endocervicales
 Atypies des cellules endométriales
 Cancer (préciser) : _____

Traitement gynécologique antérieur

- Hystérectomie
 Laser
 Cryothérapie
 LEEP
 Conisation
 Chimiothérapie date : _____
 Radiothérapie date : _____
Autre renseignement : _____