

NOM, PRENOM USAGER

RAMQ1234 5678 9012

Inconnu ND

NOM, PRENOM MÈRE

NOM, PRENOM PÈRE

## REQUÊTE DE VPH ET/OU CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj) (hh:mm)

Nom, Prénom du prescripteur : \_\_\_\_\_

Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

Département/Installation : \_\_\_\_\_

Adresse/téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Code clinique SIL-P : \_\_\_\_\_

ESPACE RÉSERVÉ  
AU LABORATOIRE

C.C. (Nom du médecin / IPS / Numéro de pratique – Nom / Adresse de la clinique médicale) :

### DÉPISTAGE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

TAAN VPH

\* Et cytologie si requise

COLPOSCOPIE

TAAN VPH ET cytologie

OU

### CYTOLOGIE (Milieu liquide) SANS VPH POUR CONDITIONS PARTICULIÈRES

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

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

PRIORITÉ (obligatoires)

ROUTINE

STAT

SOURCE DU SPÉCIMEN (obligatoires)

CERVICAL

DÔME VAGINAL

### STATUT HORMONAL

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

\* Selon l'algorithme de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), la cytologie réflexe est effectuée automatiquement sur la demande de VPH (milieu liquide) si positif.



Référence : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/Coup-dOeil\\_Colposcopie\\_VF.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/Coup-dOeil_Colposcopie_VF.pdf)

ZONE ÉTIQUETTE  
SIL-P