

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-d'Oeil_Colposcopie_VF.pdf

ZONE ÉTIQUETTE
SIL-P