

CYTOLOGIE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : ____/____/____

FROTTIS ANTÉRIEUR OUI NON

- ROUTINE
 CONTRÔLE
 CONTRÔLE D'ASCUS URGENT
 COLPOSCOPIE
 AUTRES : _____

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Ville :
Dossier :
RAMQ :

Médecin :

NBRE LAMES : _____

NBRE RÉCIPIENTS : _____

GYNÉCOLOGIQUE

SECTION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER

Source de prélèvement :

VCE CE C VAGINAL VULVE COL RESTANT (Hystérectomie subtotale) AUTRES : _____

DATE DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS : ____/____/____

DURÉE DU CYCLE : _____ jours

GROSSESSE DE _____ sem. HORMONOTHÉRAPIE MÉNOPAUSÉE
 POST-PARTUM DE _____ sem. CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN HYSTÉRECTOMISÉE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

EXAMEN NORMAL POLYPE ENDOCOL MONILIA
 SAIGN.POST-MÉNOP. STÉNOSE DU COL TRICHOMONAS
 ATROPHIE COL FRIABLE H.P.V.
 MENSTRUÉE PROLAPSUS UTÉRIN HERPÈS
 LEUCORRHÉE ECTROPION IVG

COLPOSCOPIE

COLPO : NORMALE ANORMALE
CLINIQUE : BAS GRADE HAUT GRADE
POST-TX : BAS GRADE HAUT GRADE
ANSE DIATHERMIQUE
CONISATION

CLINIQUE/COMMENTAIRES :

RADIO TX CHIMIO TX

ASPECT RADIOLOGIQUE :

SITE DE LA LÉSION :

NON-GYNÉCOLOGIE

SYSTÈME RESPIRATOIRE

EXPECTORATIONS GAUCHE
 ASPIRATIONS SÉCRÉTIONS
 BROSSAGE BRONCHIQUE DROIT
 LAVAGE BRONCHIQUE
 LAVAGE ALVÉOLAIRE

EBUS _____

SYSTÈME URINAIRE

MICTION SPONTANÉE BX AIGUILLE
 CATHÉTER FINE DU REIN
 RECHERCHE D'ÉOSINOPHILES DROIT
 GAUCHE

SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

OESOPHAGE BROSSAGE
 ESTOMAC LAVAGE
 ANUS

LIQUIDES BIOLOGIQUES

PLEURAL PÉRITONÉAL
 PÉRICARDIQUE GOUTT.PARA COLIQUE
 L.C.R. CUL DE SAC DOUGLAS
 SYNOVIAL MAMELONNAIRE
 GAUCHE DROIT

CYTOPONCTIONS À L'AIGUILLE FINE

SEIN KYSTE
 THYROÏDE MASSE
 POU MON (BTT)
 GANGLION
 GLANDE SALIVAIRE GAUCHE
 AUTRES : (préciser) DROIT

DIVERS

RECHERCHE D'HERPÈS (TZANCK) FROTTIS DE CONTACT

SECTION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER

Signature du médecin (lisible ou estampe) : _____ No. de licence

DATE : ____/____/____

Copie de rapport à : _____

SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE DE CYTOLOGIE

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Adéquat limité par :	<input type="checkbox"/> Non satisfaisant
<input type="checkbox"/> Abs.mat. zone transf.	<input type="checkbox"/> Acellulaire	<input type="checkbox"/> Abs. rens clin. ou incomplet	<input type="checkbox"/> Contamination non spécifique
<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Séché	<input type="checkbox"/> Abs. macrophage alvéolaire	<input type="checkbox"/> Abs. cell. urothéliale
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Fixation inadéquate	<input type="checkbox"/> Prédominance salivaire	<input type="checkbox"/> Cont. génitale abondante
<input type="checkbox"/> Hypocellulaire	<input type="checkbox"/> Étalement trop épais	<input type="checkbox"/> Abs. cell. épithéliale	

DIAGNOSTIC DESCRIPTIF GYNÉCOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> Frottis normal, absence de lésion intra-épithéliale ou néoplasique	
<input type="checkbox"/> Changements cellulaires bénins réactionnels	<input type="checkbox"/> Micro-orgnisme compatible avec :	
<input type="checkbox"/> Type inflammatoire	<input type="checkbox"/> Candida albicans	<input type="checkbox"/> Vaginose
<input type="checkbox"/> Réparation	<input type="checkbox"/> Spores de mycose	<input type="checkbox"/> Herpès
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Compatible phase menstruelle	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Prés. cell. gland. dans contexte de post-hystérec.	<input type="checkbox"/> Prés.de cell. endométriales chez une femme de 45 ans ou plus	

ALTÉRATIONS POUR LESQUELLES UN SUIVI EST RECOMMANDÉ	<input type="checkbox"/> A.C.E.S.I.	<input type="checkbox"/> ASC-H.
<input type="checkbox"/> L.I.E.B.G.	<input type="checkbox"/> L.I.E.H.G.	<input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde
<input type="checkbox"/> L.I.E.B.G. ASC-H	<input type="checkbox"/> L.I.E.H.G. avec possibilité invasion	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome
<input type="checkbox"/> Cell. gland. atypiques	<input type="checkbox"/> C. gland. atyp. poss. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Adéno. endocervical in situ
<input type="checkbox"/> Cell. gland. atyp. endocervicales	<input type="checkbox"/> C. gland. atyp. endocervicales poss. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome endocervical
<input type="checkbox"/> Cell. gland. atyp. endométriales	<input type="checkbox"/> C. gland. atyp. endométriales poss. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome endométrial
<input type="checkbox"/> Adéno. d'origine extra-utérine	<input type="checkbox"/> Présence de cellules néoplasiques malignes	<input type="checkbox"/> Pathologie endométriale à éliminer

DIAGNOSTIC DESCRIPTIF NON GYNÉCOLOGIQUE		Poumons	Leucocytes
<input type="checkbox"/> Abs. crit. cytol. malignité	Urines <input type="checkbox"/> Abs.crit.cytol.ca.uroth. haut grade <input checked="" type="checkbox"/> Cell. uroth. atyp. (AUCUS) <input checked="" type="checkbox"/> Cell. uroth atyp. de signif. incertaine <input type="checkbox"/> Cell. uroth. suspect HG (AUC-H) <input type="checkbox"/> Néoplasie uroth. de bas grade <input type="checkbox"/> Cell. urothéliales A-R-D <input type="checkbox"/> Cristaux <input type="checkbox"/> Contamination génitale <input type="checkbox"/> Spermatozoïdes <input type="checkbox"/> Bactéries <input type="checkbox"/> Substance amorphe <input type="checkbox"/> Squames	<input type="checkbox"/> Cellules endobronch. A-R-D	<input type="checkbox"/> Exsud. Infl. L-M-I
<input type="checkbox"/> Atypies cellulaires sévères		<input type="checkbox"/> Hyperplasie cell. réserve	<input type="checkbox"/> Leucocytes
<input type="checkbox"/> Suspect de néoplasie		<input type="checkbox"/> Cellules malpighiennes A-R-D	<input type="checkbox"/> Prédominance :
Général et autres		<input type="checkbox"/> Métaplasie épidermoïde A	<input type="checkbox"/> Neutrophiles
<input type="checkbox"/> Sang		<input type="checkbox"/> Aspergillus	<input type="checkbox"/> Éosinophiles
<input type="checkbox"/> Nécrose		<input type="checkbox"/> Actinomyces	<input type="checkbox"/> Lymphocytes
<input type="checkbox"/> Sugg. infect. mycotique- virale		<input type="checkbox"/> Corps ferrugineux	<input type="checkbox"/> Lymph. atypiq.
<input type="checkbox"/> Tissus conj. adipeux		<input type="checkbox"/> Crist.de charcot leyden	<input type="checkbox"/> Plasmocytes
<input type="checkbox"/> Compatib. contenu kystique		<input type="checkbox"/> Cellules épithéioïdes	<input type="checkbox"/> Macrophages
<input type="checkbox"/> Candida albicans		<input type="checkbox"/> Pneumocystis Carinii	<input type="checkbox"/> Sidérophages
<input type="checkbox"/> Herpès		<input type="checkbox"/> Décompte cellulaire	<input type="checkbox"/> Histiocytes
<input type="checkbox"/> Corps de psammomes		<input type="checkbox"/> Inadéquat pour décompte	<input type="checkbox"/> Popul. mixte lymph
<input type="checkbox"/> Calcifications		<input type="checkbox"/> Cont. muqueuse bronchique	
<input type="checkbox"/> Changement cell.radio tx		<input type="checkbox"/> Mat. ganglionnaire PRES-ABS	
<input type="checkbox"/> Changement cell.chimio tx		Malin	
<input type="checkbox"/> Cell. épithéliales A-R-D	Thyroïdes	<input type="checkbox"/> Prés. de cell. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Carc.papillaire
<input type="checkbox"/> Cellules spumeuses	<input type="checkbox"/> Non diagnostique	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome
<input type="checkbox"/> Cell. myoépithéliales	<input type="checkbox"/> Bénin	<input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde	<input type="checkbox"/> Car. pauv. différ. non à petites cellules
<input type="checkbox"/> Cell. glandulaires A-R-D	<input type="checkbox"/> Lésion/atyp. foll. signif. indéter.	<input type="checkbox"/> Car. indiff. à petites cellules	<input type="checkbox"/> Autres _____
<input type="checkbox"/> Métaplasie apocrine A-R-D	<input type="checkbox"/> Néopl. folliculaire/oncocyttaire	<input type="checkbox"/> Car. Uroth.de haut grade	
<input type="checkbox"/> Cell. mésothéliales A-R-D	<input type="checkbox"/> Suspect de malignité		

RELANCE	<input type="checkbox"/> Bx chirurgicale (histo.conventionnelle)	REMARQUES
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Corrélation investigation clinique	
<input type="checkbox"/> Si clin.indiqué	<input type="checkbox"/> Selon indication clinique	
<input type="checkbox"/> Cell endom. 45 ans +	<input type="checkbox"/> Thyroïde non dx	
<input type="checkbox"/> ACESI	<input type="checkbox"/> Thyroïde lésion/atyp. Signif.indéter.	
<input type="checkbox"/> Invest./dep.gynéco.	<input type="checkbox"/> Thyroïde Néoplasie folliculaire/oncocyt.	
<input type="checkbox"/> À contrôler après tx : _____	<input type="checkbox"/> Thyroïde suspect/malin (cont.chirurg.)	
<input type="checkbox"/> À reprendre		
<input type="checkbox"/> À reprendre si clin. indiqué		
		Initiales : Cytol. _____ Pathol. _____