

ÉCHANTILLON		* DOUBLE IDENTIFICATION (REQUÊTE ET ÉCHANTILLON) OBLIGATOIRE N° RAMQ OU DATE DE NAISSANCE <u>ET</u> SEXE	
SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE <input type="checkbox"/> COBAS PCR CELL COLLECTION MEDIA <input type="checkbox"/> AUTRE (SPÉCIFIER)		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	
DATE (AAAA-MM-JJ) HEURE (H : MIN)	NOM / PRÉNOM DU PRÉLEVEUR (LISIBLE)	DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) *	SEXES* F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
PRESCRIPTEUR		NOM (IDENTIFIANT UNIQUE)*	PRÉNOM*
PRESCRIPTEUR AUTORISÉ (NOM ET PRÉNOM LISIBLES)		# ID, PERMIS	ADRESSE (RUE, VILLE)
PROVENANCE		CODE POSTAL	PROVINCE
ADRESSE COMPLÈTE - TÉL. - LIEU DE RETOUR DES RÉSULTATS SI DIFFÉRENT		TÉLÉPHONE	

INDICATIONS

ATTENTION : TOUTE DEMANDE D'ANALYSE INCOMPLÈTE OU NON CONFORME SERA REFUSÉE. LES ÉCHANTILLONS DANS LEURS MILIEUX DE TRANSPORT SONT GARDÉS 6 SEMAINES EN ATTENTE DE CORRECTIF

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE LA CYTOLOGIE (TEST DE PAP)

TRI DES ASC-US POUR UNE FEMME DE 30 ANS ET PLUS

TRI DES ASC-US

- ➔ LE TRI DOIT ÊTRE EXÉCUTÉ PAR LE PRESCRIPTEUR DU TEST DE PAP
- ➔ PATIENTE DE 30 ANS ET PLUS AYANT UN FROTTIS CYTOLOGIQUE DU COL UTÉRIN DÉMONTRANT DES ALTÉRATIONS CELLULAIRES DE SIGNIFICATION INDÉTERMINÉE (ASC-US)

L'ENVOI DOIT CONTENIR :

- ➔ LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE COMPLET
- ➔ LE SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE ADÉQUAT
- ➔ LA COPIE DU RAPPORT DE CYTOLOGIE (TEST DE PAP) POUR LE TRI DES ASCUS

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN COLPOSCOPISTE

SUIVI EN CLINIQUE DE COLPOSCOPIE (PRÉCISER)

- SUIVI POST-TRAITEMENT DE LIGE (CIN 2, 3)
- INVESTIGATION DE CELLULES GLANDULAIRES ATYPIQUES (AGC)
- INVESTIGATION DE DISCORDANCE CYTOLOGIE (HSIL/ASC-H) ET BIOPSIE NORMALE
- AUTRE ➔ (SPÉCIFIER)

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS
