

REQUÊTE DE VPH
ET/OU CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : _____ Heure : _____

Nom, Prénom du prescripteur :

Numéro de pratique :

Département/Installation :

Adresse/téléphone :

Signature :

Espace réservé pour la carte d'assurance maladie, l'étiquette
autocollante ou la carte de l'hôpital de l'utilisateur.

ESPACE RÉSERVÉ
AU LABORATOIRE

C.C. (Nom du médecin/ IPS – Nom de la clinique médicale) : _____

ANALYSE DEMANDÉE (Renseignements obligatoires)

- TAAN VPH en 1^{ère} intention
avec cytologie réflexe si
VPH positif *
- Cytologie
(TAAN VPH non-requis**)
- TAAN VPH ET cytologie
(Réservé à la clinique de colposcopie)

PRIORITÉ (Renseignements obligatoires)

- ROUTINE COLPOSCOPIE STAT

SOURCE DU SPÉCIMEN (Renseignements obligatoires)

- CERVICAL DÔME VAGINAL

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- 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

Autres renseignements :

* Selon l'algorithme de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

** L'analyse de la cytologie seule s'applique aux situations suivantes :

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