

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

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
