

## Dépistage de VPH et/ou Cytologie gynécologique

PRÉLEVEUR	USAGER
Localisation	RAMQ
Date Prélèvement / / Heure :	Nom et prénom
Nom et prénom (lisible)	Date de naissance / / Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nom et prénom No permis	Dossier Site
Coordonnées de la clinique	Adresse
MD en copie (nom et prénom) No permis	Code postal Téléphone
Coordonnées du MD en copie	Nom de la mère
Renseignements cliniques	
<input type="checkbox"/> Requête en lien avec l'ordonnance collective (facultatif) No d'OC	
Nom et prénom de l'infirmière No pratique	

**Acheminer obligatoirement le spécimen et la requête au laboratoire de microbiologie**

### ANALYSE DEMANDÉE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TAAN VPH en 1 <sup>ère</sup> intention avec<br>cytologie réflexe si VPH positif*<br>(Remplace le PAP test) | <input type="checkbox"/> Cytologie<br>(TAAN VPH non-requis**) | <input type="checkbox"/> TAAN VPH ET cytologie |
|---|---|--|

### PRIORITÉ

- |                                  |                                  |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Routine | <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> Colposcopie |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

### TYPE DE SPÉCIMEN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Col / Endocol (balai)      | <input type="checkbox"/> Paroi vaginale |
| <input type="checkbox"/> Col / Endocol (cytobrosse) | <input type="checkbox"/> Dôme vaginal   |
| <input type="checkbox"/> Anus                       |   |

Espace pour étiquette  
de laboratoire

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de la dernière menstruation (DDM) : \_\_\_\_\_ Patiente ménopausée : ☐ Oui ☐ Non

Âge au constat de la ménopause : \_\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anovulant                    | <input type="checkbox"/> Irradiation pelvienne | <input type="checkbox"/> Trachélectomie           |
| <input type="checkbox"/> Hormone                      | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie        | <input type="checkbox"/> Anse / conisation        |
| <input type="checkbox"/> Stérilet                     | <input type="checkbox"/> Hystérectomie         | <input type="checkbox"/> Saignement post-coïtal   |
| <input type="checkbox"/> Polype                       | <input type="checkbox"/> Condylome             | <input type="checkbox"/> Grossesse : _____ sem.   |
| <input type="checkbox"/> Saignement post-ménopausique | <input type="checkbox"/> Lésion suspecte       | <input type="checkbox"/> Post-partum : _____ sem. |

Remarque / antécédents : \_\_\_\_\_

\*Selon l'algorithme de l'Institut national d'excellence en santé et en service 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.