

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)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TAAN VPH en 1 ^{ère} intention
avec cytologie réflexe si
VPH positif * | <input type="checkbox"/> Cytologie
(TAAN VPH non-requis**) | <input type="checkbox"/> TAAN VPH ET cytologie
(Réservé à la clinique de colposcopie) |
|---|--|--|

PRIORITÉ (Renseignements obligatoires)

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ROUTINE | <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIE | <input type="checkbox"/> STAT |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|

SOURCE DU SPÉCIMEN (Renseignements obligatoires)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERVICAL | <input type="checkbox"/> DÔME VAGINAL |
|-----------------------------------|---------------------------------------|

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DDM : _____ | <input type="checkbox"/> GROSSESSE de : _____ semaines | <input type="checkbox"/> MÉNOPAUSE À L'ÂGE DE : _____ |
| <input type="checkbox"/> HORMONOTHÉRAPIE | <input type="checkbox"/> POST-PARTUM de : _____ semaines | <input type="checkbox"/> STÉRILET |

CHIRURGIE, TRAITEMENT, SUIVI ET ANTÉCÉDENT

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CYTOLOGIE ANTÉRIEURE ANORMALE dans les 5 dernières années | <input type="checkbox"/> CONISATION/LEEP |
| <input type="checkbox"/> Antécédent de RADIOTHÉRAPIE région pelvienne | <input type="checkbox"/> HYSTÉRECTOMIE TOTALE |
| <input type="checkbox"/> 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.