

## DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

| LABORATOIRE PRÉLEVEUR                                                                                                                                                                   | PRÉLÈVEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° Client : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C / <input type="text"/> <input type="text"/> | Date de prélèvement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                    |
| Cachet obligatoire                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Prélèvement Cervico Utérin : <input type="checkbox"/> Endocol <input type="checkbox"/> Exocol <input type="checkbox"/> Endomètre<br><input type="checkbox"/> Prélèvement Vaginal<br><input type="checkbox"/> Autoprélèvement vaginal<br><b>Mode de prélèvement :</b><br><input type="checkbox"/> Milieu Preservcyt <input type="checkbox"/> Autre milieu, préciser..... |

| PATIENT(E)                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRESCRIPTEUR                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM .....                                                                                                                                                                                                                                                                          | NOM .....                                                                                                                                                                    |
| PRÉNOM .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRÉNOM .....                                                                                                                                                                 |
| Nom de naissance.....                                                                                                                                                                                                                                                              | Adresse .....                                                                                                                                                                |
| Adresse .....                                                                                                                                                                                                                                                                      | CP ..... Ville .....                                                                                                                                                         |
| CP ..... Ville .....                                                                                                                                                                                                                                                               | Tél. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                    | Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                            |
| N° de sécurité sociale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Adresse e-mail : .....                                                                                                                                                       |

| FACTURATION                                                                                                                    |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Tiers Payant* <input type="checkbox"/> Dépistage organisé (HPPRO)    |  |
| *Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et de la carte de mutuelle ainsi que l'ordonnance. |                                                                                   |
| Collez ici l'étiquette de la lettre d'invitation                                                                               |                                                                                   |

| DÉPISTAGE PRIMAIRE                                |                                                                                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femme de moins de 30 ans | <input type="checkbox"/> Cytologie* <input type="checkbox"/> HPV si ASC-US (ou autre indication) |
| <input type="checkbox"/> Femme de 30 ans à 65 ans | <input type="checkbox"/> Test HPV (HPPRI) <input type="checkbox"/> Cytologie* si HPV positif     |

| CONTROLE OU SUIVI DE TRAITEMENT                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demande d'ANALYSE CYTOLOGIQUE cervicale* de contrôle ou en suivi de traitement                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Demande d'un test HPV secondaire (en suivi de diagnostic ou de traitement) (HPONC)                                                                             |
| *Examen non réalisé au Laboratoire CERBA. Toutefois CERBA s'engage à transmettre tous les prélèvements de frottis cervico-utérins si prélevés en milieu Preservcyt, à un cabinet d'ACP. |

| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES                                                                                                                                  |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date du dernier dépistage : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> FCU<br><input type="checkbox"/> HPV                                                             |
| Date des dernières règles : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Contraceptions, précisez : ..... <input type="checkbox"/> D.I.U.                                |
| Traitement : .....                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Grossesse SA .....<br><input type="checkbox"/> Ménopause<br><input type="checkbox"/> Postpartum |
| Vaccination HPV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dose .....                                                                    | <input type="checkbox"/> Hystérectomie totale<br><input type="checkbox"/> Hystérectomie subtotale                        |
| Antécédents (surtout si surveillance) : .....                                                                                                             |                                                                                                                          |

(\*) Conformément au Règlement général sur la protection des données et à la loi informatique et libertés, vous disposez de droits sur vos données et notamment d'un droit d'opposition au traitement de vos données que vous pouvez exercer en écrivant au CRCDC (coordonnées auprès de votre médecin, de votre sage-femme ou sur le site [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)). Pour davantage d'informations sur le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, sur la protection de vos données et sur vos droits consultez le site de l'Institut national du cancer.

<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-national-de-depistage>

ou scannez le QR code suivant

