

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'usager.

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.