

Installation : Hôpital du Suroît

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

REQUÊTE DE CYTOLOGIE

☐ URGENT	☐ ROUTINE	# CYTOLOGIE :
☐ PRÉ-OPÉRATOIRE		
NOM DU MÉDECIN (EN LETTRES MOULÉES)		
SIGNATURE DU MÉDECIN		# LICENCE :
COPIE À		

PROVENANCE :

- ☐ HOSPITALISÉ(E)
- ☐ CLINIQUE EXTERNE
- ☐ CABINET PRIVÉ
- ☐ AUTRE : _____

SOURCE DU PRÉLÈVEMENT	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
GY01 ☐ VAGIN	DATE DU PRÉLÈVEMENT aaaa/mm/jj	HEURE DU PRÉLÈVEMENT hh:mm
GY02 ☐ COL	DERNIÈRE MENSTRUATION	DURÉE DU CYCLE
GY03 ☐ ENDOCOL	GROSSESSE DE _____ SEMAINES	
GY04 ☐ VAGIN-COL-ENDOCOL	GRAVIDA _____ PARA _____ ABORTA _____	
GY05 ☐ COL-ENDOCOL	DATE DE LA MÉNOPAUSE aaaa/mm/jj	HORMONES
GY06 ☐ VAGIN-COL	CONTRACEPTION	
GY07 ☐ LÈVRE	SYMPTÔMES SUBJECTIFS : _____	
GY08 ☐ VULVE	SYMPTÔMES OBJECTIFS : _____	
GY09 ☐ COL-ENDOCOL (CYTOBROSSE)	TRAITEMENTS : _____	
GY10 ☐ COLPOSCOPIE	CHIRURGIE : _____	
P001 ☐ EXPECTORATION SPONTANÉE	DIAGNOSTIC PROVISOIRE	
P003 ☐ LAVAGE BRONCHIQUE GAUCHE	CYTOLOGIE ANTÉRIEURE	
P004 ☐ LAVAGE BRONCHIQUE DROIT	DATE : _____ aaaa/mm/jj	
P019 ☐ LAVAGE BRONCHO-ALVÉOLAIRE	DIAGNOSTIC : _____	
P010 ☐ CYTOPONCTION (BTT) POUMON GAUCHE	_____	
P011 ☐ CYTOPONCTION (BTT) POUMON DROIT	_____	
UR01 ☐ URINE (MITION SPONTANÉE)		
UR02 ☐ URINE PAR CATHÉTÉRISME		
UR03 ☐ LAVAGE VÉSICAL		
SE01 ☐ ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE GAUCHE		
SE02 ☐ ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE DROIT		
SE05 ☐ CYTOPONCTION DU SEIN GAUCHE		
SE06 ☐ CYTOPONCTION DU SEIN DROIT		
XE01 ☐ PONCTION PLEURALE GAUCHE		
XE02 ☐ PONCTION PLEURALE DROITE		
XE03 ☐ PONCTION PÉRICARDIQUE		
XE04 ☐ PONCTION PÉRITONÉALE		
XE05 ☐ PONCTION PLEURALE		
XE06 ☐ LAVAGE ABDOMINAL		
TH02 ☐ CYTOPONCTION Kyste THYROÏDE G.		
TH03 ☐ CYTOPONCTION Kyste THYROÏDE D.		
TH05 ☐ CYTOPONCTION NODULE THYROÏDE G.		
TH06 ☐ CYTOPONCTION NODULE THYROÏDE D.		
AUTRE SITE : _____		