

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

SUIVI EN COLPOSCOPIE

Médecin référent : _____

En suivi de la consultation en clinique de colposcopie à : ☐ Hôpital Anna-Laberge ☐ Hôpital du Suroît

RÉSULTATS		
Cytologie : ☐ Normal ☐ ASCUS ☐ AGUS ☐ ASC-H ☐ Bas grade ☐ Haut grade ☐ Cancer ☐ Autre : _____	Biopsie : ☐ Normal-Bénin ☐ Bas grade (CIN 1) ☐ Haut grade (CIN 2 ou 3) ☐ Adénocarcinome in situ (AIS) ☐ Autre : _____	Cancer : ☐ Carcinome épidermoïde ☐ Micro-invasif / Invasif ☐ Adénocarcinome envahissant ☐ Autre : _____
RECOMMANDATIONS		
☐ Congé de la clinique de colposcopie. Nous vous suggérons de revoir l'usagère dans _____ pour faire une cytologie cervicale (Test Pap). - Si cytologie de contrôle est normale, la répéter dans : _____ - Si cytologie de contrôle est anormale, référer à nouveau en colposcopie.		
☐ Référence en gynéco-oncologie effectuée : _____		
☐ Suivi requis à la clinique de colposcopie dans _____ mois, soit en _____ Pour l'obtention du prochain rendez-vous, l'usagère doit contacter : ☐ Hôpital Anna-Laberge (centrale de rendez-vous) : 450-699-2464 ☐ Hôpital du Suroît : 450-371-9920 poste 2451		
☐ Vaccination contre le VPH discutée et une ordonnance a été remise * * Des mesures préventives réduisent le risque de complications secondaires liées au VPH. L'équipe de gynécologues-obstétriques endosse les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (SOGC : www.sogc.org) ainsi que celles du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) et recommande la vaccination contre le VPH afin de prévenir des infections, dysplasies et récurrences reliées au VPH. Nous supportons également la dernière recommandation des Gynécologues Oncologues du Canada (GOC) dans leur recommandation active de « la vaccination universelle contre le VPH au Canada » (Juin 2018)		
NOTES COMPLÉMENTAIRES		

Pour les lignes directrices des cytologies anormales, vous référer à : <https://www.colposcopycanada.org/Resource>

Nom du gynécologue/obstétricien(ne) : _____

Écrire en lettres moulées

Signature du médecin : _____ # de permis : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj