

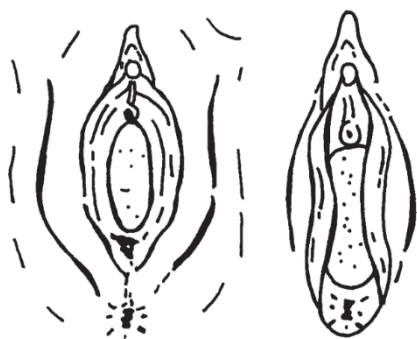
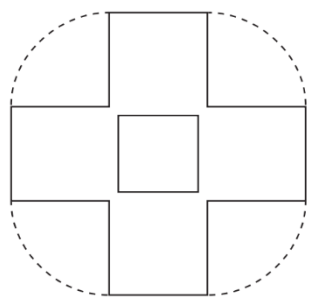
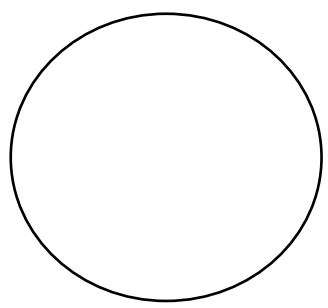
Installation : _____

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

COLPOSCOPIE

☐ 1^{ère} VISITE ☐ RELANCE Médecin référent : _____
Âge ____ G ____ P ____ A ____ DDM aaaa/mm/jj ☐ IMC + de 35 ☐ Grossesse ____ sem. ☐ Ménopause ____ ans
☐ Contraception _____ ☐ Hormonothérapie _____ ☐ Immunosuppression _____
☐ Tabagisme ☐ Vaccin VPH reçu ☐ Allergie : ☐ Iode ☐ Anesthésie locale ☐ Autres : _____

1. Raison consultation		Médicaments
☐ Cytologie anormale	Date : <u>aaaa/mm/jj</u> Résultat : _____	
☐ Lésion : ☐ Vulvaire ☐ Vaginale ☐ Cervicale ☐ Condylomes génitaux	☐ VPH +	
☐ Autres : _____		
2. Traitement antérieur		
☐ Anse diathermique	Date : <u>aaaa/mm/jj</u> ☐ Conisation ☐ Laser ☐ Hystérectomie ☐ Cryothérapie	
☐ Autres : _____		
3. Résultat dernière visite		
☐ Colposcopie	Date : <u>aaaa/mm/jj</u> ☐ Biopsie endomètre ☐ CEC	
☐ Cytologie	☐ Biopsie col ☐ Autres	
☐ VPH	☐ Biopsie autres	

EXAMEN COLPOSCOPIQUE	
☐ Normal	☐ Anormal
Jonction squamo-cylindrique : ☐ Vue ☐ Non vue Type de jonction : _____	
Lésions	
VULVE  ☐ Biopsie Préciser : _____ ☐ Cytologie	VAGIN  ☐ Biopsie Préciser : _____
COL  ☐ VPH ☐ ITS ☐ Cytologie ☐ Curetage endocervical ☐ Biopsie Préciser : _____	
Impression colposcopique : _____ ☐ Rendez-vous en colposcopie : _____ ☐ Congé de colposcopie	

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