

REQUÊTE D'ANALYSES EXTERNE EN CYTOLOGIE

Date de la demande : _____
aaaa/mm/jj

☐ **URGENT**
☐ Routine
☐ Colposcopie

Période de validité : _____

Requête reçu le : _____ (aaaa/mm/jj) _____ h _____
Enregistré par : _____

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR Écrire lisiblement en lettres moulées

Nom, prénom : _____ N° permis : _____
Clinique/adresse : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____

SIGNATURE : _____

COPIE CONFORME

Nom, prénom : _____ N° permis : _____
Clinique/adresse : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Adressographier, coller une étiquette ou inscrire les informations :

Nom, prénom : _____
N° RAMQ ou N dossier : _____
Date de naissance : _____ Sexe : F ☐ H ☐
(aaaa/mm/jj)
Adresse et téléphone : _____

ÉCHANTILLONS

Date prélèvement : _____ (aaaa/mm/jj) _____ h _____
N° de l'entente de service : _____

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

SITES DE PRÉLÈVEMENT ☐ Vagin ☐ Col ☐ Endocol ☐ Cytobrosse ☐ Autre _____

HISTORIQUE DE MENSTRUATIONS

☐ Dernières menstruations : _____ (aaaa/mm/jj)
☐ Pertes sanguines anormales : _____
☐ Contraception ☐ Anovulants ☐ Stérilet
☐ Hystérectomie ☐ Ménopause à l'âge de _____
☐ Durée du cycle : _____ (jrs)
☐ Leucorrhée
☐ Hormonothérapie (spécifier) : _____

HISTORIQUE DE GROSSESSES ☐ Enceinte depuis : _____ (aaaa/mm/jj) ☐ Post-Partum ☐ Allaité

HISTORIQUE DE DIAGNOSTICS ANTÉRIEURS ET TRAITEMENTS

☐ Colposcopie : _____
☐ Suivi antérieur positif : _____ (aaaa/mm/jj)
☐ Irradiation ☐ Chimiothérapie ☐ Chirurgie : _____

EXAMEN - ASPECT DU COL ☐ Normal ☐ Ulcéré ☐ Suspect ☐ Polype ☐ Inflammation cervico-vaginale

CYTOLOGIE NON-GYNÉCOLOGIQUE

☐ Miction spontanée ☐ Expectations ☐ Autre : _____

**RENSEIGNEMENT CLINIQUE
OBLIGATOIRE**

SPERMOGRAMME

Les instructions sont disponibles au <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/labo.fr.html>

POUR LE PRESCRIPTEUR : Prière de remettre l'instruction à l'usager

POUR L'USAGER : Veuillez suivre l'instruction remise. Assurez-vous de suivre les directives pour le retour de l'échantillon au laboratoire.

Spermogramme : ☐ Fertilité ☐ Vasovasostomie ☐ Post-vasectomie

☐ Anticorps et anti-spermatozoïdes

Ce test est uniquement réalisé au laboratoire de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Il est disponible aux usagers de la région qui doivent se rendre à cet hôpital pour y remettre leur échantillon.