eurofins | Biomnis

Bon de demande du prescripteur
Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus
(HPV ou cytologie)

Conformément aux recommandations de la HAS de juillet 2019

PATIENTE

Dans le cadre du dépistage organisé, coller l'étiquette ci-dessous

Nom* : .....
Nom de naissance* : .....
Prénom* : .....
Date de naissance* : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

ou coller étiquette DOCCU

*Champ à remplir obligatoirement

Adresse* : .....
.....
CP* : |__|__|__|__|__| Ville* : .....
Tél.* : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Email* : .....

FACTURATION : TIERS PAYANT

**Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous*
(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)

Organisme de rattachement sécurité sociale** : |__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| Code gestion** : |__|__|
N° de sécurité sociale** : |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|
Informations mutuelle** : N° AMC (Assurance Maladie Complémentaire) : ..... N° adhérent : .....

PRESCRIPTEUR

N° RPPS : .....
Nom : .....
Prénom : .....

ou tampon prescripteur

Adresse : .....
CP : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Date de prélèvement : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

PRESCRIPTION

HPV

PATIENTE DE 30 ANS À 65 ANS

☐ **Réalisation d'un test HPV primaire**
▶ Si résultat positif, réalisation d'un examen de cytologie cervicale

☐ **Réalisation d'un test HPV secondaire ou en suivi de traitement ▶ pas de cytologie réflexe**

OU

CYTOLOGIE

PATIENTE DE MOINS DE 30 ANS

☐ **Réalisation d'un examen de cytologie cervicale primaire**
▶ Si résultat ASCUS, réalisation d'un test HPV réflexe

☐ **Réalisation d'un examen de cytologie cervicale de contrôle (réflexe, en suivi de traitement ou contrôle d'une lésion)**

MODE DE PRÉLÈVEMENT (en milieu liquide)

☐ Prélèvement cervical ☐ Prélèvement vaginal

⚠ **Seuls les milieux indiqués ci-dessous sont acceptés :**
Milieu Preservcyt® (Hologic)
Milieu SurePath™ (TriPath Imaging Inc)

LOCALISATION DU PRÉLÈVEMENT

☐ Vagin *(uniquement avec écouvillon sec des kits K66 et K63)*
☐ Exocol ☐ Endocol
☐ Jonction exo-endocol

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Colposcopie
☐ Col sain ☐ Col pathologique

Renseignements cliniques
☐ Contraception Hormonale ☐ D.I.U.
☐ Grossesse ☐ Postpartum
☐ Ménopause ☐ THS
☐ Leucorrhées ☐ Hystérectomie subtotale
☐ Cycle irrégulier ☐ Hystérectomie totale
☐ Métrorragies

Date des dernières règles : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

COMMENTAIRES CLINIQUES / ANTÉCÉDENTS

☐ **URGENT**

.....
.....

Dans le cadre du DOCCU, je suis informée du traitement de mes données personnelles et de mes droits.
☐ Je m'oppose à la transmission de mes résultats au CRCDC qui, de ce fait, ne réalisera pas sa mission de suivi pour ce dépistage.

En collaboration avec notre partenaire Eurofins Pathologie

B56 - Décembre 2023