

PRESCRIPTEUR

DATE DU PVT _____

HEURE DU PVT _____ H _____

HEURE DE FIXATION _____ H _____

NOM – PRENOM RPPS / Service
Cachet ou signature

DUPLICATA au(x) Docteur(s)

PATIENT(E)

NOM, PRENOM(S) : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

NE(E) LE : | | | | | | | | | | **SEXE :** ☐ F ☐ M

RUE : _____

VILLE : _____ Code postal | | | | | | | | **TEL :** | | | | | | | | | |

N° DE SECURITE SOCIALE : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CAISSE DE RATTACHEMENT : | | | | | | | | | |

MUTUELLE : _____ ☐ **C.M.U** **REGLEMENT :** ☐ Chèque ☐ Espèce

☐ Je m'oppose à la transmission de mes données médicales aux structures de gestion des dépistages. Signature patient(e) :

☐ RGPD à consulter sur notre site www.reunion-pathologie.re

PRELEVEMENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / EXAMEN ANTERIEUR :

Nature et siège :

☐ Vulve ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre

FCV : ☐ **Dépistage organisé** (étiquette RUN Dépistage / CRCDC) ☐ **Dépistage isolé**

☐ **Recommandations HAS***

(test HPV entre 30 et 65 ans ou 6 mois après une conisation, cytologie < 30 ans)

☐ Cytologie

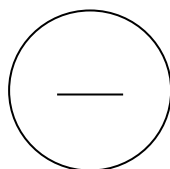
☐ Test HPV*

☐ Suivi post conisation à 6 mois (test HPV)

*Devant un résultat anormal, le laboratoire pourra réaliser une analyse additionnelle selon les recommandations en vigueur.

☐ **Histologie :** ☐ Biopsie ☐ Exérèse

Colposcopie :



Aspect du col :

DDR :

☐ Sein : ☐ Ecoulement : _____

☐ Lésion 1 : site : _____ ☐ Cytologie

☐ Biopsie(s) : nb de fgts :

☐ Ganglion : _____

Traitement hormonal :

☐ Oestroprogestatif ☐ DIU ou implant ☐ Ménopause : ☐ Traitée

Demande de matériel à faire parvenir par le laboratoire :

☐ Bons d'examens ☐ Sachets/Enveloppes ☐ Flacons de formol ☐ Flacons cytologie

Les deux parties sont soumises à une impartialité totale

R_TR_FO02/R04

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

EXAMEN N°

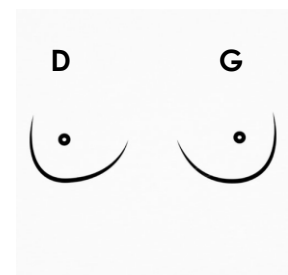
RECEPTION

NBRE de FLACON(S) :

NBRE de LAME(S) :

CONFORMITE : B.E. et PVTS :

CODE



MACROSCOPIE :

Formulaire de macroscopie associé ☐

Nombre de fragment(s) :

Nombre de blocs : |__|__|

☐ Réserve ☐ Inclus en totalité

DESHYDRATATION / ENROBAGE / MICROTOMIE / ETALEMENT / COLORATION
☐ M 1 ☐ M 2 ☐ P 1 ☐ P 2 ☐ PAP ☐ HE(S)

NB DE LAME(S) |__|__|

TECHNIQUE MONOCOUCHE

TECHNIQUE CYTOBLOC

IHC **NB DE LAMES** |__|__|

CYTOTECHNICIEN(NE)

PATHOLOGISTE

REMARQUES