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

☐ **Dépistage organisé**

PATIENTE

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

**Champs à remplir obligatoirement*

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

FACTURATION : TIERS PAYANT

***Renseigner obligatoirement les champs Sécurité Sociale et mutuelle ci-dessous, sauf si dépistage organisé*

(informations disponibles sur l'attestation de droits à l'Assurance maladie)

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

PRESCRIPTEUR

N° RPPS : .....
Nom : ..... ou tampon prescripteur
Prénom : .....

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 - Mars 2024