

REQUÊTE DE CYTOPATHOLOGIE – GYNÉCOLOGIQUE

* Prescripteur		*Patient NOM :	
*NOM et Prénom : _____		*Patient Prénom :	
*N°. Permis : _____		No. de dossier ou RAMQ :	
*Clinique, bureau : _____		Adresse :	
* Adresse pour le retour des résultats :		* Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
*Tél. :		*Sexe :	
*Signature : _____	*Date (aaaa/mm/jj) : _____	* Renseignements Obligatoires	
*Diagnostic ou Renseignements Cliniques		* Date et heure du prélèvement	
		*20____/____/____ *Heure : _____	
		* Prélevé par : _____	
		<input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> NON-URGENT/ROUTINE <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIE	

ORIGINE DE L'ÉCHANTILLON
<input type="checkbox"/> Col - endocol <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

TYPE DE PRÉLÈVEMENT
<input type="checkbox"/> Cytologie conventionnelle <input type="checkbox"/> Milieu liquide <input type="checkbox"/> Cytobrosse <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS			
DATE DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS (AA/MM/JJ) :			
CYTOLOGIE ABNORMALE ANTÉRIEURE	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA-MM-JJ)	diagnostic :	
CHIRURGIE ANTÉRIEURE	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA-MM-JJ)	précisez : <input type="checkbox"/> HAT <input type="checkbox"/> H partielle <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
CHIMIOTHÉRAPIE	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA-MM-JJ)	TRAITEMENT AU LASER	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; date : date (AA-MM-JJ)
RADIOTHÉRAPIE	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA-MM-JJ)	HORMONOTHÉRAPIE / C.O. en cours	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
CRYOTHÉRAPIE	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : date (AA-MM-JJ)	VACCIN VPH REÇU	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Enceinte	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Post-partum	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui D.I.U. (stérilet) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Ménopausée	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Saignement post. ménopause	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Condylomes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Test HPV-PCR	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non disponible/non fait

AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE CYTODIAGNOSTIC		
	Lames	Bloc
Type d'échantillon : _____ Date (aa/mm/jj) : _____ No Cytologie : _____ Présence de la zone de transformation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Atypique <input type="checkbox"/> Malin <input type="checkbox"/> Non satisfaisant Remarques:		
Cytotechnologiste	Date (aa/mm/jj)	Anatomo-pathologiste
		M.D.