

HPV TEST / GYNECOLOGIC CYTOLOGY

* Prescriber : Physician responsible for results *Last, *First Name: *License N° : *Clinic/office: * Fax N° for the return of urgent results: * Address: *Tel. : *Signature:	*Patient LAST Name: *Patient FIRST Name: *MRN or RAMQ : *Address: *D.O.B (yyyy/mm/dd): *Gender: * Mandatory Information * Date and Time (yyyy/mm/dd)
--	---

Choose your affiliated laboratory: ☐ MUHC (Glen/Lachine/MGH) ☐ Jewish General ☐ St. Mary's ☐ Lakeshore ☐ Lasalle
☐ Val d'Or ☐ Amos ☐ Rouyn-Noranda ☐ Senneterre ☐ La Sarre ☐ Ville Marie ☐ Témiscaming-Kipawa
☐ Chisasibi ☐ Inuulitsivik ☐ Ungava ☐ Mistissini

Choose an option below:

TEST AND SPECIMEN SOURCE (MANDATORY INFORMATION)		
HPV TEST	CYTOLOGY ONLY	CYTOLOGY ONLY
☐ Primary HPV screening (reflex cytology if HPV positive) <i>Lab test code VPHGO</i>	☐ Co-test: HPV PCR and cytology (special circumstances only) <i>Lab test code COHPV</i>	☐ CYTOLOGY (NO HPV TEST REQUESTED)
Source ☐ Cervix-endocervix only	Source ☐ Cervix-endocervix only	Source ☐ Cervix-endocervix ☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Other: _____

CLINICAL INFORMATION
Date of last menstrual period (yyyy/mm/dd) : _____ ☐ Previous abnormal cytology: Diagnosis: _____ ☐ Previous surgery ☐ TAH ☐ Partial Hysterectomy ☐ Other, specify : _____ ☐ Chemotherapy ☐ Radiotherapy ☐ Laser treatment ☐ Cryotherapy ☐ HPV vaccine ☐ Condyloma ☐ Pregnant ☐ Post-partum ☐ Menopause ☐ IUD ☐ Hormone therapy / BCP currently ☐ Post-menopausal bleeding ☐ Other clinical information: _____

RESERVED FOR LABORATORY CYTODIAGNOSIS
☐ NILM/reactive ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ SCC ☐ AGC ☐ Adenocarcinoma ☐ Carcinoma, other ☐ Unsatisfactory
Zone of transformation ☐ YES ☐ NO Remarks: _____ Cytotechnologist Date (yyyy/mm/dd) Pathologist

TEST VPH / CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

* Prescripteur : médecin responsable des résultats		*Patient Nom:	
*Nom, *Prénom :		*Patient Prénom :	
*Permis N°. :		*No. de dossier / RAMQ :	
*Clinique/bureau :		*Adresse :	
* Fax N° pour le retour des résultats urgents :		*Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	
* Adresse :		*Genre :	
*Tél :		* Informations obligatoires	
*Signature :		* Date et heure (aaaa/mm/jj)	

Choisissez votre laboratoire affilié : ☐ CUSM (Glen/Lachine/HGM) ☐ Général juif ☐ St. Mary's ☐ Lakeshore ☐ Lasalle
☐ Val d'Or ☐ Amos ☐ Rouyn-Noranda ☐ Senneterre ☐ La Sarre ☐ Ville Marie ☐ Témiscaming-Kipawa
☐ Chisasibi ☐ Inuulitsivik ☐ Ungava ☐ Mistissini

Choisissez une option ci-dessous :

ANALYSE DEMANDÉE ET SOURCE DU SPÉCIMEN (RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES)		
TEST VPH		CYTOLOGIE SEULEMENT
☐ Dépistage en 1^{ère} intention (TAAN VPH avec cytologie reflexe si VPH positif) <i>Code du test de laboratoire VPHGO</i>	☐ Co-test: TAAN VPH avec cytologie (Circonstances spéciales seulement) <i>Code du test de laboratoire COHPV</i>	☐ CYTOLOGIE (PAS DE TEST VPH)
Source ☐ col de l'utérus et endocol uniquement	Source ☐ col de l'utérus et endocol uniquement	Source ☐ Col de l'utérus-endocervix ☐ Vagin ☐ Vulve ☐ Autre, précisez : _____

INFORMATIONS CLINIQUES	
Date des dernières règles (aaaa/mm/jj) : _____	
☐ Cytologie antérieure anormale : Diagnostic : _____	
☐ Chirurgie précédente	☐ HAT ☐ Hystérectomie partielle ☐ Autre, précisez : _____
☐ Chimiothérapie	☐ Radiothérapie ☐ Traitement au laser ☐ Cryothérapie
☐ Vaccination contre le VPH	☐ Condylome
☐ Enceinte	☐ Post-partum ☐ Ménopause ☐ DIU ☐ Hormonothérapie / contraceptif oral actuellement
☐ Saignements post-ménopausiques	☐ Autres informations cliniques : _____

RÉSERVÉ AU CYTODIAGNOSTIC EN LABORATOIRE	
☐ NILM/réactionnel	☐ LSIL ☐ AGC ☐ Insatisfaisant
☐ ASC-US	☐ HSIL ☐ Adénocarcinome
☐ ASC-H	☐ Carcinome épidermoïde ☐ Carcinome, autre
Remarques :	
Zone de transformation	☐ OUI ☐ NON
Cytotechnologiste	Date (aaaa/mm/jj) Pathologiste