

DÉTECTION DU VPH HR/VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN À HAUT RISQUE TRI DES ASC-US OU SUIVI DE COLPOSCOPIE

LABORATOIRE REQUÉRANT			* DOUBLE IDENTIFICATION OBLIGATOIRE (REQUÊTE ET ÉCHANTILLON) NAM ou DATE DE NAISSANCE ET SEXE	
À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE QUI EFFECTUE L'ENVOI			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> NOM (IDENTIFIANT UNIQUE) * PRÉNOM * </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> ADRESSE (RUE, VILLE) PROVINCE </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> CODE POSTAL TÉLÉPHONE </div> <div style="margin-top: 10px;"> NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE </div> <div style="margin-top: 10px;"> DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) * SEXE * <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M </div>	
ADRESSE COMPLÈTE – TÉL. – LIEU DE RETOUR DES RÉSULTATS				
PRESCRIPTEUR				
PRESCRIPTEUR AUTORISÉ	NO PERMIS			
(NOM ET PRÉNOM LISIBLES)				
ADRESSE COMPLÈTE – TÉL. – LIEU DE RETOUR DES RÉSULTATS				
ÉCHANTILLON				
SYSTÈME PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE				
<input type="checkbox"/> COBAS PCR CELL COLLECTION MEDIA <input type="checkbox"/> AUTRES (SPÉCIFIER)				
DATE (AAAA-MM-JJ)	HEURE (H : MIN.)	NOM ET PRÉNOM DU PRÉLEVEUR (LISIBLE)		
INDICATIONS				
TOUTE DEMANDE D'ANALYSES INCOMPLÈTE OU NON CONFORME SERA REFUSÉE. LES ÉCHANTILLONS, DANS LEURS MILIEUX DE TRANSPORT, SERONT CONSERVÉS 6 SEMAINES EN ATTENTE DE CORRECTIFS.				
<u>À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE LA CYTOLOGIE (TEST DE PAP)</u>			<u>À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN COLPOSCOPISTE</u>	
<input type="checkbox"/> TRI DES ASC-US POUR UNE FEMME DE 30 ANS ET PLUS			<input type="checkbox"/> SUIVI EN CLINIQUE DE COLPOSCOPIE (PRÉCISER)	
<div style="display: flex;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: 2em; font-weight: bold; margin-right: 10px;"> TRI DES ASC-US </div> <div> <ul style="list-style-type: none"> ➔ LE TRI DOIT ÊTRE EXÉCUTÉ PAR LE PRESCRIPTEUR DU TEST DE PAP ➔ PATIENTE DE 30 ANS ET PLUS AYANT UN FROTTIS CYTOLOGIQUE DU COL UTÉRIN DÉMONTRANT DES ALTÉRATIONS CELLULAIRES DE SIGNIFICATION INDÉTERMINÉE (ASC-US) <p>L'ENVOI DOIT CONTENIR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSES COMPLET ➔ LE SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE ADÉQUAT ➔ LA COPIE DU RAPPORT DE CYTOLOGIE (TEST DE PAP) DÉMONTRANT UN ASC-US </div> </div>			<div style="display: flex;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: 2em; font-weight: bold; margin-right: 10px;"> COLPOSCOPIE </div> <div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SUIVI POST-TRAITEMENT DE LIGE (CIN 2, 3) <input type="checkbox"/> INVESTIGATION DE CELLULES GLANDULAIRES ATYPIQUES (AGC) <input type="checkbox"/> INVESTIGATION DE DISCORDANCE CYTOLOGIE (HSIL/ASC-H) ET BIOPSIE NORMALE <input type="checkbox"/> AUTRE ➔ (SPÉCIFIER) <p>L'ENVOI DOIT CONTENIR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE COMPLET ➔ LE SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE ADÉQUAT <p>RENSEIGNEMENTS PERTINENTS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> </div> </div>	
DÉTECTION DU VPH À HAUT RISQUE				