

INFORMATION PATIENTE

Mlle Mme Nom-Prénom :

N° de dossier

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Age : ans

Adresse :

CP : Ville : Tél. :

Renseignements administratifs

FACTURATION

Laboratoire

ENVOI DES RÉSULTATS

Laboratoire

Informations prélèvement

Date de demande

Date du prélèvement

MODE DE PRÉLÈVEMENT

- Frottis en milieu liquide
 Ecouvillonnage cervical
 Autre :

MILIEUX UTILISÉS

- Milieu Preservcyt® (Hologic)
 Milieu SurePath™ (TriPath Imaging Inc)

LOCALISATION DU PRÉLÈVEMENT

- Endocol
 Jonction exo-endocol
 Exocol

 **Seuls les milieux indiqués ci-dessus sont acceptés**

EXAMEN CYTOLOGIQUE DU FROTTIS

[Conformément à l'arrêté du 19 mars 2004 (JO 30/04/04), le résultat cytologique doit figurer sur le compte rendu de l'analyse de biologie]

ASCUS - Lésion indéterminée

Autres

Non réalisé

Situations ne permettant pas le remboursement du test HPV (facturation hors nomenclature)

TRAITEMENT CHIRURGICAL ÉVENTUEL

.....

