

REQUÊTE DE VPH ET/OU CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

OBLIGATOIRE : Le contenant de prélèvement **ThinPrep** doit être doublement identifié (nom(s), Prénom(s) et No de RAMQ/OHIP), si aucun RAMQ/OHIP indiquer la date de naissance et une pièce étatique.

Date de prélèvement : _____

Heure : _____

Renseignements complet obligatoires

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE LÉGAL :

RAMQ

OHIP :

AUTRES :

Espace réservée pour la carte RAMQ/OHIP ou l'étiquette autocollante de l'utilisateur.

ANALYSE DEMANDÉE (Renseignements obligatoires)

**VPH en 1ere intention avec
cytologie réflexe si VPH positif***

(Envoyer au labo de Microbiologie
Hôpital de Gatineau)

**Cytologie
VPH non requis****

(Envoyer au labo de Cytologie
Hôpital de Hull)

**VPH pour suivis
après anomalies à la cytologie**

(Envoyer au labo de Microbiologie
Hôpital de Gatineau)

VPH ET Cytologie
Habituellement réservé à l'usage des gynécologues
(Envoyer au labo de Microbiologie
Hôpital de Gatineau)

PRESCRIPTEUR (Renseignements complets obligatoires) :

Nom, Prénom :

No de permis :

Nom clinique :

Adresse :

Signature :

COPIE RAPPORT AUTRE MÉDECIN :

Nom, Prénom :

No de permis (si disponible) :

Nom clinique :

Adresse :

SOURCE DU SPÉCIMEN (Renseignement obligatoire)

Colposcopie Cervical Vaginal (dôme)

ANTÉCÉDENTS DE VPH

Non Détecté Reprise : VPH invalide

Détecté (16-18)

Détecté (Autre que 16 et 18)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DDM : _____

Hormonothérapie

Grossesse : _____ SEM

Ménopausé(e) _____ an(s)

Post-Partum : _____ SEM

Saignements post-ménopausiques

Dispositif intra utérin

Saignements anormaux

Hystérectomisé(é) : Totale

Subtotale

CHIRURGIE, TRAITEMENT, SUIVI ET ANTÉCÉDENTS

Cryothérapie Conisation/LEEP Chimiothérapie Radiothérapie (région pelvienne) Autre _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS et/ou Antécédents :

* Selon l'algorithme de l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS)

** L'analyse de la cytologie seule s'applique aux situations suivantes :

- Si le statut VPH est connu dans les 12 derniers mois (positif ou négatif) ;
- Si la personne est de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans ;
- Selon les autres indications spécifiques dans l'algorithme de l'INESSS.

IMPORTANT :

Utiliser un lubrifiant sans carbomère.
L'utilisation d'un lubrifiant avec carbomère peut invalider les résultats

RESERVÉ À L'USAGE DU LABORATOIRE

MICROBIOLOGIE RÉSULTAT VPH

PRÉLÈVEMENT À ENVOYER EN CYTOLOGIE POUR ANALYSE
SELON LES CRITÈRES DE L'INESSS

VPH Détecté (16-18)

VPH Détecté (AUTRE QUE 16 ET 18)

Dx CYTOLOGISTE

ÉTIQUETTE DE LABORATOIRE