

**INFORMATIONS PATIENTE**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

 Date de naissance :       Age : ..... ans

 Adresse : .....  
 .....

 CP :     Ville : ..... Tél. :      

N° de dossier

**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 : .....

**LOCALISATION DU PRÉLÈVEMENT**
 Endocol

 Jonction exo-endocol

 Exocol

**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)*
**MILIEUX UTILISÉS**
 Milieu Preservcyt® (Hologic)

 Milieu SurePath™ (TriPath Imaging Inc)

 Cervi-Collect Specimen Collection Kit (Abbott)

 **Seuls les milieux indiqués ci-dessus sont acceptés**
**TRAITEMENT CHIRURGICAL ÉVENTUEL**

 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....