


IDENTIFICATION PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom prénom : Nom de naissance : Date de naissance : <input type="checkbox"/> H. <input type="checkbox"/> F. Adresse : n° téléphone : N° d'immatriculation et caisse : Nom et prénom de l'assuré si différent et adresse de la caisse :	Identité prescripteur : Si patient hospitalisé, service : Adresse : Date et Signature : Double(s) à adresser (Nom, prénom, ville si médecin hors IG) : <input type="checkbox"/> Médecin IG : <input type="checkbox"/> Médecin(s) : <input type="checkbox"/> Autres :
DEMANDE D'ANALYSE ACP : GYNECOLOGIE	
<input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Biopsie :	
STATUT INFECTIEUX : COVID : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non réalisé Autre :	 Date et heure du prélèvement : Date et heure de fixation :

Informations cliniques pertinentes

- Dépistage individuel Dépistage national organisé (joindre justificatif) Contrôle
 Vaccination HPV, date :
 Grossesse Ménopause D.D.R : D.I.U Contraception

Antécédent cervicaux (Bethesda) : ASC-US ASC-H Bas grade Haut grade Carcinome

Commentaires :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

Date et heure de réception : Demande conforme : oui non
Résultat de l'examen extemporané :