Unilabs Pathologie Nord
Drs D. CATHELINEAU, H. COTTEN, B. COULIBALY-PASQUIER, C. DELERIVE, J. DELPLACE, Y. DITCHI, I. DUMITRU, F. DUPONT-EVRARD, C. FLEURY, L. GHANNEM, C. GHIGHI, M. GUERNOU, J-M. HARIMENSHI, F. LAMARCHE T. MALARD, A. PHILIPPE

Bon de demande d'examen
DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Ref : DE PREA 004-05

Etiquette laboratoire

☐ **URGENT** ☐ A faxer ☐ A téléphoner Merci de préciser N° :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de prélèvement : |__|__|__|__|__|__|__|__| Heure de prélèvement : Heure de fixation :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

IDENTITE PATIENTE *A REMPLIR ou COLLER ETIQUETTE COURRIER INVITATION CRCDC*

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|
Adresse : .....
Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....
Email : .....@.....
Tél : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
N° de sécurité sociale : .....
Matricule INS: .....

FACTURATION

☐ Patient(e)

☐ Tiers Payant (joindre document) :

Caisse: .....

Mutuelle: .....

☐ Dépistage organisé (PEC à 100%)
Etiquette courrier invitation CRCDC à coller

☐ Hors Nomenclature

Le(a) patient(e) s'oppose à la transmission des données à des fins de recherche médicale ? : OUI ☐ NON ☐

IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR

Nom /Adresse / Service / N° ADELI – RPPS :

AUTRE(S) MEDECIN(S) CORRESPONDANT(S)

Nom /Adresse / Service :

☐ Exemplaire Patient

DEMANDE D'EXAMEN / RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DEPISTAGE PRIMAIRE (25 - 65 ANS)

- Avant 30 ans
  - ☐ Cytologie avec Test HPV si Asc-us ou AGC
- Après 30 ans
  - ☐ Test HPV avec **Cytologie réflexe si test HPV +**

☐ Co-testing hors doccu (HPV+FROTTIS)

SUIVI D'UNE ANOMALIE

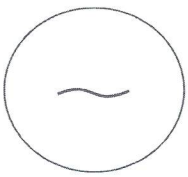
☐ Test HPV de suivi
- à 6 mois après traitement (post conisation)
- à 12 mois après Test HPV + Cytologie normale
- à 12 mois (suivi post colposcopie après LSIL ou ASCUS HPV+)

☐ avec **Cytologie réflexe si Test HPV +**

☐ Cytologie de suivi

FROTTIS REFLEXE à la demande d'un laboratoire ☐

- Localisation du prélèvement : Col ☐ Vagin ☐ • D.D.R: ..../...../.... • Contraception hormonale ☐ • DIU ☐
- Vaccin HPV : oui ☐ non ☐ • Grossesse ☐ • Post partum ☐ • Ménopause ☐ • Hystérectomie ☐
- Antécédent de pathologie cervicale et de traitement éventuel : .....
.....
- Aspect du col : .....
- Biopsie : OUI ☐ NON ☐ • Nombre de flacons : ..... • Localisation : ..... • Curetage endocol ☐
- Informations complémentaires : .....



PNU ABBEVILLE
13 rue Ste Catherine
80100 ABBEVILLE
Mail : pnu.abbeville@unilabs.com
Tél : 03.22.20.77.55
Fax : 03.22.20.77.50

PNU LILLE
60 Bd J.B.Lebas – BP 625
59024 LILLE Cedex
Mail : pnu.contact@unilabs.com
Tél : 03.20.97.40.97
Fax : 03.20.97.40.87

PNU VALENCIENNES
20 Place Verte – BP 90372
59037 VALENCIENNES
Mail : pnu.contact@unilabs.com
Tél : 03.27.47.12.12
Fax : 03.27.41.44.66

En application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, le médecin informe le patient des échanges ou du partage des informations relatives à ses données de santé.
Dans une même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code, l'accord du patient est présumé, sous réserve de son droit d'opposition. En dehors de cette équipe de soins, le consentement exprès du patient doit être recueilli par tout moyen, y compris de manière dématérialisée.
Dans les deux cas, l'information est préalablement fournie afin que le patient puisse exercer ses droits (droit d'opposition, recueil du consentement).

DISCLAIMER : Unilabs France traite avec attention vos données à caractère personnel. Dans le cadre du RGPD, nous reconnaissons vos droits en tant que personne concernée.
Pour plus d'informations, veuillez consulter https://unilabs.fr. Rubrique « Protection des données »
Notre manuel de prélèvement est consultable à l'adresse https://pathologie.unilabs.fr

Le verso est réservé au cabinet