

CLERMONT-FERRAND

18 avenue Léonard de Vinci 63063 Clermont-Ferrand Cedex 1

Tel: 04 73 28 51 70 Fax: 04 73 28 51 80

E-mail : sipath.clermont@unilabs.com site Web : <https://pathologie.unilabs.fr>

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Sexe : F M

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Adresse patient(e) : _____

CP : _____ Ville : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

N° SS : _____

Caisse : _____

Bénéficiaire C2S AME ALD INVAL

Joindre impérativement copie attestation de droits

Opposition au traitement des données de dépistage organisé

FACTURATION : HOPITAL CLINIQUE PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR / PRELEVEUR

Nom /Adresse / Service / N° ADELI – RPPS

Signature et cachet

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

Nom /Adresse / Service / N° ADELI – RPPS

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – ANTECEDENTS

DEMANDE D'EXAMEN

URGENT

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Nombre de pots : _____

TYPAGE HPV

- DEPISTAGE**
(Si dépistage organisé : fournir doc justificatif)
- SURVEILLANCE**
(Antécédent de lésion)

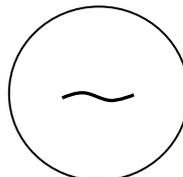
FROTTIS

- DEPISTAGE**
(Si dépistage organisé: fournir doc justificatif)
- CONTROLE**
(Si antécédent de frottis pathologique < 3ans)
- VAGINAL / ENDOMETRIAL**

CO-TESTING (TYPAGE + FROTTIS)

BIOPSIE

- COL
- ENDOMETRE
- VAGIN
- VULVE



Aspect du col à la colposcopie :

Cadre réservé au cabinet

Le verso est réservé au cabinet