

Anatomopathologie

Cytopathologie

Immunohistochimie

Typage des HPV

Biologie Moléculaire

TEST HPV / CYTOLOGIE CERVICALE

Date de prélèvement :

URGENT

Renseignements administratifs

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Mail : _____ @ _____

Téléphone portable : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de sécurité sociale : _____

Caisse : _____

Mutuelle : _____

Médecin prescripteur/Préleveur

Nom :

Signature et cachet

Etiquette QR code
(flacon BD)

Coller
ici

Autre(s) correspondant(s) : nom et adresse

Un envoi automatique par SMS des résultats négatifs à la patiente peut être mis en place sur demande.

Renseignements cliniques / Antécédents

Contraception orale

DIU

Ménopause

Grossesse en cours

Hystérectomie

Conisation en :

Premier frottis

Test HPV + en :

Autres :

Demande d'examen

EXAMEN CYTOLOGIQUE*

(<30ans)

TEST HPV*

(>30 ans)

CO-TESTING

(Test HPV + cytologie)

*une analyse complémentaire sera réalisée si nécessaire selon les recommandations de la HAS

Cadre réservé à BIOPATH-OI

Réception Visa :

Heure :

Numéro d'examen :

Date :

Nombre de pots :

Résultat typage

Résultat Cytologie