

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

Transmission du résultat normal par sms :  Oui  Non

### 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)

### Cadre réservé à BIOPATH-OI

Réception Visa :

Heure :

Numéro d'examen :

Date :

Nombre de pots :

Résultat typage

Résultat Cytologie