

	FORMULAIRE	<b>C2-F51</b>
	<b>Fiche de renseignements cliniques pour dépistage HPV</b>	
	Version 4 Date d'application : <b>2022-11-03</b> Page 1 sur 1	

PATIENTE  
 Nom de naissance :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
  
 Date :

A réaliser idéalement : en dehors des règles, à distance des rapports sexuels (48 heures), en dehors de toute thérapeutique locale, de toute infection, si nécessaire après traitement œstrogénique chez la femme ménopausée. Eviter de faire le toucher vaginal avant le frottis et d'utiliser un lubrifiant.

Étiquette SCANFLOT  
*(réservé au laboratoire)*

**Prélèvement :**

- Réaliser le prélèvement à la jonction endo-exocol à l'aide de la cytobrosse : Introduire le centre de la cytobrosse dans le canal endocervical, enfoncer assez profondément pour que les poils latéraux soient en contact avec l'exocol. Effectuer 5 rotations à 360°.

- Rincer la cytobrosse en la pressant 10 fois dans le milieu de transport, puis la secouer pour libérer le matériel résiduel.

**Ne pas laisser la cytobrosse dans le flacon.**

- Identifier le prélèvement avec **NOM** et **PRENOM** de la patiente et acheminer les échantillons au laboratoire à température ambiante.

**DEPISTAGE PRIMAIRE**

**Avant 30 ans**

Cytologie avec test HPV réflexe si ASCUS ou AGC

**Après 30 ans**

Test HPV avec cytologie réflexe si positif

**Renseignements administratifs**

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Adresse : .....

Tél: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ N° sécurité sociale: \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Caisse : ..... Mutuelle : .....

**Résultats :**       Internet :      Adresse mail : .....

à prendre au laboratoire       à poster

**SURVEILLANCE**

Test HPV à 12 mois

- test HPV positif et cytologie normale

- coloscopie normale après LSIL, ASCUS HPV+

Test HPV à 6 mois

- post conisation (sans limite d'âge)

**Renseignements cliniques (à remplir par le préleveur)**

**Prélèvement :** Date : \_\_ / \_\_ / \_\_ Heure : \_\_ H \_\_ Préleveur : .....

**Nature du prélèvement :**       Vaginal     Endocervical

**Grossesse en cours :**       Oui     Non

**Vaccinée contre les HPV :**       Oui     Non     Ne sait pas

**Contraception orale ou stérilet :**       Oui     Non

Si oui lequel : .....

**Conisation**       Oui     Non

**Hystérectomie**       Oui     Non    Si oui :  totale     Subtotale

**Tests HPV antérieurs :** .....

**Commentaires :**

Signature et cachet du prescripteur :

**Cadre réservé au laboratoire**     Anomalie    Réceptionné par : .....

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_ H \_\_

**Commentaire :**