



100-4800, rue Dobrin  
St-Laurent (QC) H4R 2P8  
T 800.565.5721  
F 514.486.8025

**PATIENT :**

Nom	Prénom	D.D.N. : AAAA/MM/JJ
Adresse	Appartement	
Ville	Code Postal	
Tél. rés.	Tél. bureau	
#Assurance maladie (si requis)	Sexe	

**Numéro de référence de cytologie**

**PRÉLÈVEMENT :** DATE : AAAA / MM / JJ HEURE : \_\_\_\_\_

**CLIENT # :** \_\_\_\_\_

**DOCTEUR :** \_\_\_\_\_ **#PERMIS :** \_\_\_\_\_

**Clinique :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**T :** \_\_\_\_\_ **F :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE Dr. :** \_\_\_\_\_ **Date :** AAAA / MM / JJ

**Copie à Dr. :** \_\_\_\_\_ **F :** \_\_\_\_\_

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE	CYTOLOGIE NON-GYNÉCOLOGIQUE
Dernière menstruation (premier jour) AAAA / MM / JJ	____ Nombre d'échantillons transmis ____ Nombre de lames transmises
<b>Compléter les sections (Cocher)</b>	<b>Compléter les sections (Cocher)</b>
<b>SITE :</b> <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Combiné <input type="checkbox"/> Endocervical <input type="checkbox"/> Vaginal	<b>URINE :</b> <input type="checkbox"/> Miction <input type="checkbox"/> Cathétérisme
<b>MODE DE PRÉLÈVEMENT :</b> <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Conventionnel / Lame	<b>BIOPSIE THYROÏDE(FNA) :</b> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Nodule <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Multi
<b>INTRUMENT DE PRÉLÈVEMENT :</b> <input type="checkbox"/> Brosse <input type="checkbox"/> Balai <input type="checkbox"/> Spatule	<b>LIQUIDES ORGANIQUES :</b> <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Péritonéal <input type="checkbox"/> Expectoration
<b>COL :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspicieux <input type="checkbox"/> Érosion	<b>LIQUIDE SYNOVIAL :</b> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit Site: _____
<b>CONTRACEPTION :</b> <input type="checkbox"/> Pilule anticonceptionnelle <input type="checkbox"/> Stérilet	<b>SEIN :</b> <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Kyste <input type="checkbox"/> Nodule <input type="checkbox"/> Écoulement mammaire
<b>ÉTAT CLINIQUE :</b> <input type="checkbox"/> Grossesse (#sem.) ____ <input type="checkbox"/> Post-partum (#sem.) ____ <input type="checkbox"/> Post-ménopause <input type="checkbox"/> Saignement post-ménopause <input type="checkbox"/> Thérapie de remplacement hormonal	<b>AUTRE SITE : (Spécifier)</b>
<b>HYSTÉRECTOMIE :</b> <input type="checkbox"/> Totale – Sans Col <input type="checkbox"/> Partielle – Avec col	<i>Partager toutes les informations cliniques pertinentes sur la réquisition de cytologie. Le manque d'information clinique pertinente peut affecter l'interprétation finale.</i>
<b>HISTORIQUE MÉDICAL :</b> Biopsie transmis simultanément? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Patient vacciné contre le VPH? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cytologie anormale antérieure Résultat/ Date : AAAA / MM / JJ <input type="checkbox"/> Biopsie Résultat/ Date : AAAA / MM / JJ	<b>HISTORIQUE MÉDICAL / REMARQUES :</b>
<b>ANALYSES DEMANDÉES :</b> <input type="checkbox"/> PAP liquide (LPAP) <input type="checkbox"/> Test d'ADN du VPH (HPV/DNA) <input type="checkbox"/> PAP liquide et test d'ADN du VPH (THINCASC) <input type="checkbox"/> PAP liquide <i>et</i> test d'ADN du VPH Reflex si présence de ASCUS (THINPREPREF)	

**A l'usage du laboratoire :**

Fixatif utilisé :  Oui  Non

**DESCRIPTION :**

Épais  Limité  Sanguinolent  Aqueux  Clair  Trouble  Floconneux  
 Couleur \_\_\_\_\_  Volume \_\_\_\_\_ mL