

<input type="checkbox"/>	Int B / M	<input type="checkbox"/>	Ext B / M / V	<input type="checkbox"/>	Privé B / M
N° NDA :					
Parafe secrétaire					
Non Conf.	D				
	E				
	P				
	F				

FDE-GEN-003-V4.01

THS/autres : ☐ OUI ☐ NON précisez : .....

INDICATION DE L'EXAMEN :		Screening Labo
<div>➤ <b>Dépistage</b> organisé du cancer du col utérin selon l'année calendrier.</div> <div><input type="checkbox"/> de 25-29 ans : <b>CYTOLOGIE primaire</b> suivi d'un test HPV réflexe si atypies ASCUS, ASCH, AGC (<b>1X tous les 3 ans calendrier</b>).</div> <div><input type="checkbox"/> de 30-64 ans : <b>HPV primaire</b> avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV (<b>1X tous les 5 ans calendrier</b>).</div> <div><input type="checkbox"/> &gt;= 65 ans : <b>Co-test</b> Cytologie et test HPV pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années.</div> <div>➤ <b>Triage à 12 mois</b> dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin.</div> <div><input type="checkbox"/> De 25-29 ans : <b>CYTOLOGIE primaire</b>.</div> <div><div><input type="checkbox"/> Co-test (HPV).</div></div> <div><input type="checkbox"/> De 30-64 ans : <b>HPV primaire</b>.</div> <div><div><input type="checkbox"/> Co-test (Cytologie).</div></div> <div><input type="checkbox"/> &gt;= 65 ans : <b>HPV primaire</b>.</div> <div><div><input type="checkbox"/> Co-test (Cytologie).</div></div> <div>➤ <b>Suivi</b> <input type="checkbox"/> <b>diagnostique</b> ou <input type="checkbox"/> <b>thérapeutique</b> conformément aux directives.</div> <div>✓ Technique, en fonction de l'indication et <b>1X par année calendrier</b> aussi longtemps qu'indiqué médicalement.</div> <div><div><input type="checkbox"/> Cytologie</div><div><input type="checkbox"/> test HPV</div><div><input type="checkbox"/> Co-test</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Exceptionnellement 2X par année calendrier "haut risque temporaire" (<b>déclaration obligatoire au médecin conseil</b>).</div></div> <div>✓ Motivation ou indication (<b>obligatoire</b>) :</div> <div><div><input type="checkbox"/> suivi d'une lésion HPV associée ; précisez : .....</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> suivi d'une lésion HPV indépendante ; précisez : .....</div></div> <div>➤ <b>Indications clinico-diagnostiques</b> (<b>indication ET déclaration obligatoire au médecin conseil</b>).</div> <div><input type="checkbox"/> <b>Co-test</b></div> <div>✓ Symptômes.</div> <div><div><input type="checkbox"/> saignement post ménopausique inexpliqué</div><div><input type="checkbox"/> saignement post-coïtal inexpliqué</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> pertes de sang résistantes au traitement</div><div><input type="checkbox"/> autres symptômes : .....</div></div> <div>➤ <b>Screening de patiente à haut risque</b> (<b>indication ET déclaration obligatoire au médecin conseil</b>).</div> <div><input type="checkbox"/> Patiente immunodéprimée (par ex. : HIV, LED, greffe, ...) : <b>précisez</b> : .....</div> <div><div><input type="checkbox"/> Cytologie</div><div><input type="checkbox"/> test HPV</div><div><input type="checkbox"/> Co-test</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Victime DES</div><div>ou</div><div><input type="checkbox"/> ADK in situ</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Co-test</div></div> <div>➤ <b>Convenance personnelle</b> : autre que les options précédentes mais avec le consentement éclairé de la patiente, dûment informée du supplément pour les examens. <b>Obligatoire : remplir le recto de ce document</b>. L'absence de consentement constitue une non-conformité.</div> <div><div><input type="checkbox"/> cytologie (34 €)</div><div><input type="checkbox"/> test HPV (32,20 €)</div><div><input type="checkbox"/> Co-test (66,20 €)</div></div> <div>➤ <b>Observations ou commentaires éventuels :</b></div>		
		<input type="checkbox"/> Sample is dilute