

IDENTIFICATION & SOURCE DU PRÉLÈVEMENT

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval



Direction Optilab LLL

**LABORATOIRE, REQUÊTE CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE**

**Identification du patient**

Nom, prénom:  
et

RAMQ:  
ou

No. Dossier:  
ou

Date de naissance:

**CLINIQUE OU SERVICE:**

Nom de la clinique, Numéro de Fax, Adresse où le rapport doit être envoyé

**MEDECIN**

**PRESCRIPTEUR:**

Nom, prénom complet, # pratique en lettre moulée ET signature

**COPIE À:**

Nom, prénom complet, # de pratique et adresse où le rapport doit être envoyé

**Prélèvement(s): Date: A A A A / M M / J J Heure: H H : M M**

OV       CC Copie conforme à la prescription

OIS

OC:

Signature de l'infirmière, \_\_\_\_\_

# pratique \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage du laboratoire

Numéro de cas en cytologie  
coller l'étiquette code-barre ici

**ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES LA DOUBLE IDENTIFICATION SUR LA LAME**  
Important: Tout formulaire non complété conformément sera refusé

COL

ENDOCOL

VOÛTE VAGINALE

CYTOBROSSE

TEST DE FOUGÈRE

D.D.M. : \_\_\_\_\_

Durée cycle : \_\_\_\_\_

Grossesse \_\_\_\_\_ sem.

Post-partum \_\_\_\_\_ sem.

Stérilet

Contraceptifs oraux

Ménopause

Hormonothérapie substitutive

Saignement post-ménopause

Condylomes génitaux

**Résultats cytologiques antérieurs :**

Atypies des cellules épidermoïdes

Atypies épidermoïdes haut grade

Lésion de bas grade

Lésion de haut grade

Atypies des cellules endocervicales

Atypies des cellules endométriales

Cancer (préciser) :

**Traitement gynécologique antérieur**

Hystérectomie

Laser

Cryothérapie

LEEP

Conisation

Chimiothérapie date : \_\_\_\_\_

Radiothérapie date : \_\_\_\_\_

Autre renseignement :