LABORATOIRE HOSPITALIER INGRES QUERCY *CH Cahors, Gourdon, Moissac et Montauban*	**PRESCRIPTION MEDICALE HPV (BIOLOGIE MOLECULAIRE)**	Ref : MU.PRE.ENR.012.04 Version : 04 Applicable le : **09-01-2024**

Nom …… Prénom ……..

Nom de naissance : ……

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : ____/_____/____

ou → Etiquette ***PATIENT***

Adresse :…….....

Commune :…….....

Code Postal : / _____/

ou → Etiquette ***Adresse / SIH***

Prescripteur (cachet) :

Nom : ……

Prénom : ……..

N°RPPS : .....

Signature :

Etiquette invitation au dépistage organisé du cancer du col utérin (DOCCU) à coller ici

Indispensable pour la prise en charge 100%

☐ **Opposition au traitement des données de dépistage**

Antécédents
☐ ASC_US ☐ LIEBG ☐ ASC_H ☐ LIEHG
☐ Lésion cancéreuse ☐ Laser ☐ Conisation

Renseignements cliniques
☐ Date des dernières règles :……/……../……..
Contraception hormonale : ☐ Oui ☐ Non
☐ DIU ☐ Ménopause ☐ THS ☐ Grossesse ☐ Post-partum

Vaccin anti-HPV ☐ Non ☐ Oui Nombre de doses : Année de vaccination :

Prélèvement ☐ Endocol ☐ Vaginal **Prélevé le** _____ à _____ H_____

PRESCRIPTION

Femme 30-65 ans	☐ HPV-HR (biologie moléculaire) (tout test positif sera envoyé au laboratoire d'anatomopathologie pour cytologie réflexe)	**BMHPV/ BMHPVSECU**	**Cytologie seule => Laboratoire d'anatomo-pathologie** Cf. bon spécifique
	☐ HPV-HR seul **SANS** cytologie réflexe	**BMHPV/ BMHPVSECU**	**Femme 25-29 ans => Laboratoire d'anatomo-pathologie** Cf. bon spécifique
	☐ HPV-HR **AVEC** cytologie réflexe systématique	**BMHPV + ANAPATH_HPV**	