

Dr Christine Bergeron
Dr Liliane Miranda

Dr Colette Adida
Dr Hakima Badaoui

Dr Isabelle Cartier
Dr Stéphane Chanel

Dr Yahia Elouaret
Dr Kamel Hadid

Dr Georges Kharsa
Dr Florence Louvel

Prescripteur / Autre(s) destinataire(s)

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom : _____ Nom de naissance : _____
 Prénom : _____ Date de Naissance : __ / __ / __
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 N° Sécurité Sociale :
 Mutuelle (N° télétransmission) :
ou N° AMC :
 Adresse mail : _____
 N° Portable :

ces 2 numéros se trouvent sur votre carte Mutuelle

Ainsi, dès validation de vos résultats ;
vous serez directement avertis de leur disponibilité sur internet.

DEMANDE D'EXAMENS

DEPISTAGE PRIMAIRE (25 - 65 ans)

- Avant 30 ans
- Cytologie avec Test HPV réflexe si Asc-us ou AGC
- Après 30 ans
- Test HPV avec Cytologie réflexe si positif
- Cytologie réflexe seule

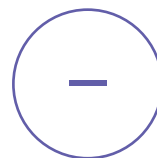
SURVEILLANCE (sans limite d'âge)

- Test HPV de suivi
- à 6 mois après traitement (post conisation)
- à 12 mois après Test HPV + et Cytologie normale
- à 12 mois après Colposcopie normale après LSIL, Asc-us HPV +
- avec Cytologie réflexe si Test HPV +

HISTOLOGIE

- Biopsie(s) de col :
- Curetage endocervical :
- Autre :

Date de prélèvement : __ / __ / ____



Dépistage par invitation

Collez votre étiquette d'invitation
ICI

