

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

URGENT

COORDONNÉES OBLIGATOIRES DU MÉDECIN

NOM

PRÉNOM

Adresse

No téléphone

No de permis

Signature

Date

Copie à : Nom:

Prénom

Date du prélèvement

Nombre de lames prélevées

Méthode de prélèvement:

Brosse

Racleur

Tige de coton

Origine du spécimen:

COL

ENDOCOL

VAGIN

VULVE

AUTRES:

Lieu du prélèvement:

PRIVÉ

URGENCE

COLPOSCOPIE

HOSPITALISÉ

CLINIQUE EXTERNE

CLSC:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DDM (A/M/J)

CYTOLOGIE ANTÉRIEURE

Stérilet

Contraceptif

DATE

Dépôt provera

Homonothérapie

HÔPITAL

Grossesse

_____ semaines

DIAGNOSTIC

Post partum

_____ semaines

COLPOSCOPIE ANTÉRIEURE

Ménopausée à

_____ ans

DATE

Radio/chimio

_____ année

HÔPITAL

Chirurgie (type):

DIAGNOSTIC

SYMPTÔMES ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Examen normal

Atrophie

Saignement post ménopausal

Vaginite

Cervicite

Leucorrhée

Suivie d'altération cellulaire

Col friable

Ménorragie

Autres:

Polype

Métorragie

Ectropion

Dysménorrhée

Prolapsus

Sténose du col

Espace réservé

Commentaires: