



Prescripteur :
 Préleveur :
 Qualité :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
 Date de prélèvement OBLIGATOIRE
 Jan Fev Mar Avr Mai Juin Juil Aou Sep Oct Nov Dec
 0H 1H 2H 3H 4H 5H 6H 7H 8H 9H 10H 11H
 12H 13H 14H 15H 16H 17H 18H 19H 20H 21H 22H 23H
 Heure de prélèvement OBLIGATOIRE 0 min 10 min 20 min 30 min 40 min 50 min

CH
Avranches

CH
Fougères

CH
Redon

CH
Vitré

CH
Laval

Case CH à cocher
impérativement

Prélèvement Cervico-Uterin

Frottis du col uterin milieu liquide Frottis de fond vaginal milieu liquide

Biopsie de col (BGC) Biopsie d'endomètre (BGE) Biopsie autre
 (préciser localisation).....

Polype (préciser localisation) : Curetage (préciser localisation) :

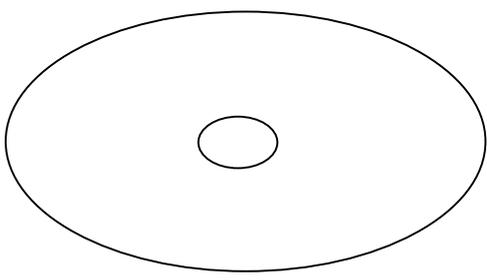
Motif de la demande du frottis (hors dépistage primaire test HPV initial) :

Dépistage Contrôle
 Suivi post-conisation Autre (à préciser) :

Renseignements cliniques et coloscopiques

Antécédents
 Médicaux :
 Chirurgicaux :

Statut hormonal
 DDR :
 Contraception :
 Ménopause THM
 Grossesse :
 Post-partum
 Autres traitements (à préciser) :



Réservé laboratoire : Fixé Non fixé

Nombre de prélèvements
 1 2 3 4 5 6 7

Non conforme enregistré par :

N° PATIENT

UF
PRESCRIPTEUR

N° LABORATOIRE

UF
PRELEVEUR