CHU Saint-Étienne

04 77 82 83 15

PRESCRIPTION TEST HPV dans le cadre du CCU

URGENT ☐

UF (*) ☐☐☐☐ libellé service

Etablissement

Prescripteur (Nom ET prénom) **(*) - Tel :**

Je m'engage à transmettre les résultats au patient 8520 ☐

Préleveur (Nom et prénom) **(*)**

* mentions légales à fournir

No IPP

Nom usage(*) *Zone à faire apparaitre de la poche kangourou du sachet*

Nom naissance (*) étiquette patient

Prénom (*)

Date naissance (*)

Sexe (*) F ☐ M ☐

No séjour

Le patient adhère à "monGHTLoire" (accord signé) ☐ 8500

zone réservée à la biologie

Date de prélèvement (*) ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Heure de prélèvement (*)** ☐☐ ☐☐

Prélevé sur milieu liquide cytologique (flacon Thin Prep Lap Test (Preservcyt)) : se fournir auprès du laboratoire

☐ Refus oral de la patiente de transmission des résultats au centre régional de coordination des dépistages de cancers de la Loire

Autres correspondants (**Nom + Prénom + Adresse**) :

Dépistage primaire HPV ou contrôle HPV hors traitement *(4342)* **:**

A. ☐ **Dépistage primaire** entre 30 et 65 ans

B. ☐ Contrôle **HPV** à **1 an** d'un résultat **positif du test HPV** suivi d'une **cytologie** cervico-utérine **normale**

C. ☐ Contrôle **HPV** à **1 an** après **cytologie** avec lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (**LSIL**) initiale suivie d'une **colposcopie normale**

Suivi de traitement *(4342)* **:**

D. ☐ HPV à **6 mois** de la prise en charge chirurgicale d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de **bas grade**

E. ☐ HPV à **6 mois** de la prise en charge chirurgicale d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de **haut grade**

F. ☐ HPV pour **surveillance** post prise en charge chirurgicale d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de **haut grade**

G. ☐ HPV à **6 mois** d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de **bas grade** sur biopsie après cytologie initiale **ASC-H, AGC et HSIL**

H. ☐ HPV à **12 mois** d'une lésion malpighienne intra-épithéliale de **bas grade** sur biopsie après cytologie initiale **LSIL ou ASCUS**

I. ☐ Autres (renseignements à fournir) : ----------

J. ☐ **Autres indications** *(4342)* : ----------

Contrôle HPV après cytologie initiale anormale *(4342)* **:** *à remplir par l'UF de Cytologie - Histologie réanale*

K. ☐ **ASCUS** : atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée

L. ☐ **AGC** : atypies des cellules glandulaires

M. ☐ **ASC-H** : anomalie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'éliminer une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade

Cadre réservé au service de virologie : en cas de **détection positive d'HPV** dans le cadre d'un **dépistage 1aire**, un **examen cytologique** est prescrit

Nature des génotypes HPV détectés: ----------