

ORDONNANCE MEDICALE

destinée au remboursement Sécurité sociale

Envoyer l'ordonnance au laboratoire seulement dans le cas d'une demande de tiers-payant (si ALD ordonnancier)



Prescripteur

N°

A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

Correspondant

N°

PATIENTE

Nom :

Prénom :

DÉPISTAGE PRIMAIRE

- Avant 30 ans

Cytologie avec test HPV réflexe si Asc-us ou AGC

- Après 30 ans

Test HPV avec cytologie réflexe si positif

SURVEILLANCE

Test HPV à 12 mois

- Test HPV positif et cytologie normale
- Colposcopie normale après LSIL, ASCUS HPV +

Test HPV à 6 mois

- Post conisation (sans limite d'âge)

Date du prélèvement : J J M M A A A A

Signature du prescripteur :

CACHET DU PRESCRIPTEUR :

A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

IDENTITÉ PATIENT

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse :

CP : ____ Ville :

Email : Téléphone : ____

Numéro de sécurité sociale : Numéro du centre :

FACTURATION

Patient Tiers Payant* Dépistage organisé

Collez ici l'étiquette de la lettre d'invitation

*Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et de la carte de mutuelle ainsi que l'ordonnance.

Opposition au traitement des données de dépistage

DÉPISTAGE PRIMAIRE

- Avant 30 ans

Cytologie avec test HPV réflexe si Asc-us ou AGC

- Après 30 ans

Test HPV avec cytologie réflexe si positif

SURVEILLANCE

Test HPV à 12 mois

- Test HPV positif et cytologie normale
- Colposcopie normale après LSIL, ASCUS HPV +

Test HPV à 6 mois

- Post conisation (sans limite d'âge)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Grossesse

Contraception orale ou stérilet :

Conisation

Hystérectomie Totale Subtotale

Vaccinée : Oui Non Ne sait pas

COMMENTAIRES

.....
.....