

**ECHANTILLON/SAMPLE**

SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE/ LIQUID BASED SPECIMEN COLLECTION

 COBAS PCR CELL COLLECTION MEDIA  AUTRE (SPÉCIFIER) / OTHER (SPECIFY) \_\_\_\_\_

 DATE (AAAA-MM-JJ) HEURE (H : MIN) /  
 DATE (YYYY-MM-DD) TIME (H : MIN)

 NOM / PRÉNOM DU PRÉLEVEUR (LISIBLE) / LAST / FIRST NAME OF  
 SAMPLE COLLECTOR (READABLE)

**PRESCRIPTEUR/PRESCRIBER**

PRESCRIPTEUR AUTORISÉ / AUTHORIZED PRESCRIBER

 (NOM ET PRÉNOM LI)  
 PROVENANCE

 ADRESSE COMPLÈTE  
 PHONE - RETURN AD

**À VÉRIFIER**
**BEFORE SENDING**
**L'ENVOI DOIT CONTENIR / THE SHIPPING MUST CONTAIN :**

- LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE COMPLET/THE COMPLETE ANALYSIS APPLICATION FORM
- LE SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENT DE CYTOLOGIE LIQUIDE/ THE LIQUID BASED SPECIMEN COLLECTION
- LA COPIE DU RAPPORT DE CYTOLOGIE (PAP TEST)/ THE COPY OF THE CYTOLOGY REPORT (PAP TEST)
- PATIENTE SUIVIE EN CLINIQUE DE COLPOSCOPIE (RAPPORT CYTOLOGIQUE NON REQUIS)

 \* DOUBLE IDENTIFICATION (REQUETE ET ECHANTILLON) OBLIGATOIRE /  
 DOUBLE IDENTIFICATION (FORM AND SAMPLE) REQUIRED  
 N° RAMQ **OU** DATE DE NAISSANCE **ET** SEXE / HEALTH INS. N° **OR** BIRTH DATE **AND** SEX

 NUMERO D'ASSURANCE MALADIE  
 HEALTH INS. NUMBER

 \*DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)  
 BIRTH DATE (YYYY/MM/DD)

 \*SEXE/SEX F  M 

\*NOM (IDENTIFIANT UNIQUE)

\* PRÉNOM

**Ceci est un exemple.**  
**Vous devez toujours télécharger le formulaire à l'adresse suivante :**

[http://www.chumontreal.com/laboratoires/files/nouvelles/  
 Formulaire\\_detection\\_VPH\\_HR.pdf](http://www.chumontreal.com/laboratoires/files/nouvelles/Formulaire_detection_VPH_HR.pdf)

CODE POSTAL / ZIP CODE

TELEPHONE / PHONE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SI PERTINENT) / CLINICAL INFORMATION (IF APPLICABLE)

**ATTENTION :** TOUTE DEMANDE NE REpondant PAS AUX CRITERES DE DETECTION DU VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (HAUT RISQUE) (ENUMERES CI-DESSOUS) **OU** TOUTE DEMANDE NE REpondant PAS A LA NORME DE LA DOUBLE-IDENTIFICATION DU SPECIMEN EST SUJETTE AU REJET. / \*PATIENTE DE 30 ANS ET PLUS AYANT UN FROTIS CYTOLOGIQUE DU COL UTERIN DEMONTRANT DES ALTERATIONS CELLULAIRES DE SIGNIFICATION INDETERMINEE (ASC-US) **OU** PATIENTE SUIVIE EN CLINIQUE DE COLPOSCOPIE.

**WARNING :** ANY REQUEST NOT MEETING THE CRITERIA FOR DETECTION OF HUMAN PAPILLOMA VIRUS HIGH RISK (LISTED BELOW) OR ANY REQUEST THAT DOES NOT MEET THE STANDARD OF DOUBLE IDENTIFICATION OF THE SPECIMEN IS SUBJECT TO REJECTION / \*WOMAN OF 30 Y.O. AND OLDER SHOWING ATYPICAL CELLS OF UNDETERMINED SIGNIFICANCE (ASC-US) ON CERVICAL SMEAR OR PATIENT FOLLOWED UP BY COLPOSCOPY CLINIC.

**DÉTECTION DES VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN À HAUT RISQUE (VPH HR) /  
 HIGH RISK HUMAN PAPILLOMA VIRUS DETECTION (HPV HR)**

- TRIAGE D'UNE CYTOLOGIE PAP AVEC ASC-US POUR UNE FEMME DE 30 ANS ET PLUS / ASC-US PAP SMEAR TRIAGE FOR A WOMAN OF 30 Y.O. AND OLDER
- SUIVI A 12 MOIS D'UN ASC-US AVEC PREMIERE COLPOSCOPIE NORMALE / FOLLOW UP AT FIRST NORMAL COLPOSCOPY (12 MONTH)
- SUIVI POST-TRAITEMENT LIGE (CIN2, 3) (12-24 MOIS) / FOLLOW UP TREATED PATIENT NIC2, 3 (12-24 MONTH)

**COMMENTAIRES / COMMENTS**
**DETECTION DU VPH (HAUT RISQUE) / HPV DETECTION (HIGH RISK)**