

**Analyses de laboratoire: CYTOLOGIE**  
**Analyses du laboratoire: CYTOLOGIE**

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, Qc, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4649

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h  11h  14h  17h  20h  00h

Unité de Soins/Clinique : _____ MD/Requérant : _____ # Licence : _____ <b>Prélèvement fait: Date: _____ Heure: _____</b> <b>Prélevé par : _____</b> Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises Adresse du requérant : _____ _____ _____	Identification du patient Nom ,Prénom : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer avec carte
--	--

Diagnostic/Motif de l'examen : _____ _____ _____	Étiquette de cytologie : _____
--	--------------------------------

**Gynécologie**

Test HPV PCR (veuillez remplir la requête de la biologie moléculaire)

Frottis vaginal  Frottis cervical  Frottis endocervical

Suivi annuel  Suivi recommandé à la demande de la cytologie

**Informations obligatoires à compléter**

Cytologie anormale antérieure :  Non  Oui : Date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Diagnostic : \_\_\_\_\_

Date des dernières menstruations : \_\_\_\_\_ Durée du cycle : \_\_\_\_\_

Hormonothérapie :  Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Ménopausée :  Non  Oui

LCR (PL)  LCR (INTRA-VENT)  LCR (DVP/DVE)

Lavage broncho-alvéolaire

Liquide péritonéal

Liquide pleural

Urine Fixée  Oui  Non

Autres, préciser : \_\_\_\_\_

Recherche de spermatozoïdes, spécifier la source :

Cervical

Vaginal

Autres, spécifier : \_\_\_\_\_

**À l'usage du laboratoire uniquement**

• Volume : _____ • Aspect : _____ • Consistance : _____ <input type="checkbox"/> Réserve <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Lame <input type="checkbox"/> Bloc Cellulaire Tech. : _____	<input type="checkbox"/> BLEU DE PRUSSE <input type="checkbox"/> GRAM <input type="checkbox"/> GROCOTT <input type="checkbox"/> ZIEHL <input type="checkbox"/> HUILE ROUGE <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> GIEMSA <input type="checkbox"/> AUTRES : _____
---	--

**À l'usage du laboratoire uniquement**

<input type="checkbox"/> Identification inadéquate <input type="checkbox"/> Lame <input type="checkbox"/> Requête <input type="checkbox"/> Lame reçue brisée <input type="checkbox"/> Lame reçue non identifiée Préciser : _____	<input type="checkbox"/> Test HPV PCR <input type="checkbox"/> Effectué <input type="checkbox"/> Non effectué <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	---