

ANALYSES DU LABORATOIRE: CYTOLOGIE

Analyses du laboratoire: CYTOLOGIE

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

Centre hospitalier : _____ Adresse: Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____ Téléphone: _____ FAX: _____ MD requérant : _____ # Licence : _____ Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____ Prélevé par: _____ Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	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

Frottis vaginal Test HPV-PCR (veuillez remplir la requête de la biologie moléculaire)
 Frottis cervical
 Frottis endocervical
 Suivi annuel Suivi recommandé à la demande de la cytologie
 Date des dernières menstruations : _____ Durée du cycle : _____
 Hormonothérapie : Non Oui, préciser : _____
 Ménopausée: Non Oui

À l'usage du laboratoire uniquement

<input type="checkbox"/> LCR (PL) <input type="checkbox"/> LCR (INTRA-VENT) <input type="checkbox"/> LCR (DVP/DVE) <input type="checkbox"/> Lavage broncho-alvéolaire <input type="checkbox"/> Liquide péritonéal <input type="checkbox"/> Liquide pleural <input type="checkbox"/> Urine Fixée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Recherche de spermatozoïdes, spécifier la source: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Autres, spécifier : _____	<table style="width:100%;"> <tr> <td>• Volume : _____</td> <td><input type="checkbox"/> BLEU DE PRUSSE</td> </tr> <tr> <td>• Aspect : _____</td> <td><input type="checkbox"/> GRAM</td> </tr> <tr> <td>• Consistance : _____</td> <td><input type="checkbox"/> GROCOTT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réserve</td> <td><input type="checkbox"/> ZIEHL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Liquide</td> <td><input type="checkbox"/> HUILE ROUGE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lame</td> <td><input type="checkbox"/> PAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bloc Cellulaire</td> <td><input type="checkbox"/> GIEMSA</td> </tr> <tr> <td>Tech. : _____</td> <td><input type="checkbox"/> AUTRES :</td> </tr> </table>	• Volume : _____	<input type="checkbox"/> BLEU DE PRUSSE	• Aspect : _____	<input type="checkbox"/> GRAM	• Consistance : _____	<input type="checkbox"/> GROCOTT	<input type="checkbox"/> Réserve	<input type="checkbox"/> ZIEHL	<input type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> HUILE ROUGE	<input type="checkbox"/> Lame	<input type="checkbox"/> PAP	<input type="checkbox"/> Bloc Cellulaire	<input type="checkbox"/> GIEMSA	Tech. : _____	<input type="checkbox"/> AUTRES :
• Volume : _____	<input type="checkbox"/> BLEU DE PRUSSE																
• Aspect : _____	<input type="checkbox"/> GRAM																
• Consistance : _____	<input type="checkbox"/> GROCOTT																
<input type="checkbox"/> Réserve	<input type="checkbox"/> ZIEHL																
<input type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> HUILE ROUGE																
<input type="checkbox"/> Lame	<input type="checkbox"/> PAP																
<input type="checkbox"/> Bloc Cellulaire	<input type="checkbox"/> GIEMSA																
Tech. : _____	<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"/> Éffectué <input type="checkbox"/> Non Éffectué <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	---