CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

À REMPLIR PAR LE REQUÉRANT

DATE: _____

NOM À LA NAISSANCE | | | | | | | | | | | | |

PRÉNOM | | | | | | | | | | | | |

PRÉNOM DU PÈRE _____

DATE DE NAISSANCE: ____ — ____ — ____
ANNÉE MOIS JOUR

R.A.M.Q. _____

MÉDECIN _____

SPÉCIMEN ANTÉRIEUR ◯ NON ◯ OUI NO: _____ ANNÉE: _____

TYPE DE PRÉLÈVEMENT: ◯ VAGINAL ◯ CERVICAL ENDOCERVICAL < ◯ CYTOBROSSE ◯ SPATULE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Début des dernières menstruations _____ (an / mois / jour)

Ménopause à l'âge de _____ ans

◯ Anovulants
◯ Hormones
◯ Stérilet
◯ Irradiation pelvienne
◯ Chimiothérapie
◯ Hystérectomie
◯ Enceinte de _____ semaines
◯ Postpartum de _____ semaines
◯ Métrorragies
Autre: _____

REMARQUES: _____

À L'USAGE DU SERVICE

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

QUALITÉ DE PRÉLÈVEMENT

◯ Adéquat

◯ Adéquat mais limité par: ◯ acellulaire ◯ sang ◯ séché ◯ inflammation ◯ hypocellulaire ◯ autre _____

◯ Inadéquat à cause de: ◯ absence de matériel de la zone de transformation ◯ absence de renseignements cliniques

◯ **ABSENCE DE CELLULES NÉOPLASIQUES**

◯ **PRÉSENCE DE MICRO-ORGANISMES COMPATIBLES AVEC:**

◯ Coccobacilles ◯ Champignons / levures ◯ Trichomonas vaginalis ◯ Autre: _____

◯ **CHANGEMENTS CELLULAIRES RÉACTIONNELS DUS À:** ◯ Post partum ◯ Non spécifiques

◯ Inflammation ◯ Vaginite atrophique ◯ Irradiation ◯ Contraceptif intra-utérin

◯ Réparation ◯ Herpès simplex ◯ Autre: _____

◯ **ALTÉRATIONS CELLULAIRES POUR LESQUELLES UN SUIVI EST RECOMMANDÉ:**

◯ Altérations des cellules pavimenteuses de signification indéterminée (ASCUS): ◯ Probablement réactionnelles ◯ Possibilité de lésion intraépithéliale

◯ Lésion intraépithéliale pavimenteuse de bas grade (équivalences: LSIL, infection par le papillomavirus, dysplasie légère, NIC I)

◯ Lésion intraépithéliale pavimenteuse de haut grade (équivalences: HSIL, dysplasie modérée ou sévère, carcinome in situ, NIC II/III)

◯ Carcinome épidermoïde invasif

◯ Présence de cellules endométriales

◯ Altérations des cellules glandulaires de signification indéterminée (AGCUS): ◯ cellules endocervicales ◯ probablement réactionnelles ◯ cellules endométriales ◯ probablement néoplasiques

◯ Adénocarcinome ◯ Endocervical ◯ Endométrial ◯ Autre: _____

RECOMMANDATION:

◯ Recommandons un contrôle dans _____ mois

◯ Recommandons un examen colposcopique

◯ Recommandons un contrôle immédiat

◯ Recommandons un contrôle après traitement de l'infection

Spécimen no. _____ Nombre de frottis ____ Reçu le _____ Réponse le _____

REMARQUES:

8000656 (2004-06)

_____

_____
PATHOLOGISTE: