



MONTAUBAN
Dr A. JUNCA
Dr V. LABORIE
Dr S. MARCHASSON
Dr P. ROUQUETTE
Dr J. ROUX

MONTPELLIER
Pôle dépistage du
cancer du col
utérin
Dr C. LELARGE

MONTPELLIER
Dr A. ABBEY-TOBY
Dr A. BOUIDIOUA
Dr A. GARNIER
Dr R. PIERSON

**SERIGNAN /
NARBONNE**
Dr D. BREL
Dr F. LACROUX
Dr L. CORSOIS
Dr J. THEVENOT

ALBI
Dr M. JAMME
AGEN
Dr I. BARRE

CASTRES
Dr JB. DECORSIERE
Dr P. FAURE
VERNOUILLET
Dr C. BILLEY-KIJNER

Date de prélèvement : / /

Heure de prélèvement :

URGENT

IDENTITÉ PATIENT(E)

Patient(e) informé(e) de la transmission de ses données personnelles au Pôle de dépistage

| | |
|--|---|
| <p>Nom de naissance :</p> <p>Nom marital :</p> <p>Prénoms :</p> <p>Adresse :</p> <p>CP : Ville :</p> <p>Tel :</p> <p>Mail :</p> | <p>Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Date de naissance :</p> <p>N°SS + Clé :</p> <p>Caisse : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Adresse de la caisse :</p> <p>Nom & N° Mutuelle :</p> <p>Bénéficiaire : <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL <input type="checkbox"/> C2S <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>⇒ Joindre <u>impérativement</u> la copie d'attestation des droits</p> |
|--|---|

Opposition au traitement des données personnelles dans le cadre du dépistage individuel et organisé

ADRESSE DES RÉSULTATS

| | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> PRÉLEVEUR : Nom/Adresse/Service/N°Adeli - RPPS Signature et cachet :</p> | <p><input type="checkbox"/> AUTRES CORRESPONDANTS Nom(s)/Adresse(s)/service(s)</p> |
|---|---|

PARTICULARITÉS DU PRÉLÈVEMENT Merci de cocher les ITEMS

LIEU DE PRÉLÈVEMENT : Endomètre Endocol Col Vagin Vulve

TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT : Milieu liquide Étalement sur lame : Nbre de lames :

ÉTUDE DEMANDÉE A PARTIR D'UN FROTTIS CERVICO-VAGINAL (FCV) Compléter l'encart adéquat

DÉPISTAGE PRIMAIRE :

- Selon recommandations (INCA 2016 / HAS 2019)** • < 30 ans une cytologie sera réalisée
• ≥ 30 ans un test HPV sera réalisé
- Hors recommandations :** Test combiné Cytologie + Test HPV HR - Non-remboursement de l'analyse hors-recommandation

Ou **CONTROLE D'UNE ANOMALIE DE DÉPISTAGE :**

- Suite à un auto-prélèvement vaginal positif (INCA 2022) :** Date du test : Génotype(s) :
- A 12 mois (INCA 2016) suite à :** • Test HPV positif et cytologie normale • Cytologie anormale et coloscopie ou biopsie normale

Ou **SURVEILLANCE POST TRAITEMENT (Électrocoagulation, cylindrectomie, conisation, hystérectomie, ...) :**

- Test HPV à 6 mois du traitement**
- Suivi d'une lésion traitée :** Lésion : Date du traitement :
- Traitement :

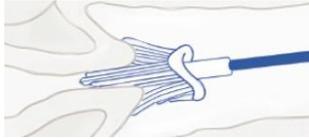
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

- * **Date des dernières règles :** **Grossesse :** SA **Post-partum** **Ménopause**
- * **Vaccin anti HPV :** OUI NON **Si oui : Type de vaccin :** **Nombre de dose :**
- * **Aspect du col :**
- * **Autres :**

RENSEIGNEMENTS & PRÉCONISATIONS PRÉLÈVEMENT FCU

Frottis cervico-utérin en milieu liquide : utilisation du « KIT DE CYTOLOGIE LIQUIDE »

- ① Collecter l'échantillon en utilisant la cytobrosse :
Tourner 5 fois dans le sens horaire en balayant la zone de jonction ;
- ② Utiliser le rebord intérieur du flacon pour **détacher la tête de la cytobrosse** Cervix dans la plus large ouverture du flacon ;
- ③ **Visser hermétiquement le couvercle du flacon** pour éviter les fuites ;
- ④ **Noter sur le flacon l'identité de la patiente (nom, prénom, date de naissance) ;**
- ⑤ **Détacher le QR Code** en haut à gauche de l'étiquette du flacon et **le coller au verso de la fiche** à l'emplacement dédié.



QR code à détacher et à coller au verso de la fiche →



CONSERVATION, EMBALLAGE et TRANSPORT

- ☞ L'échantillon doit être conservé et acheminé au laboratoire **à température ambiante**,
- ☞ Un **test HPV** est réalisable dans **un délai de 28 jours** à compter du prélèvement.
- ☞ Placer votre prélèvement dans un **sachet INOPATH** avec la demande d'examen remplie. Les prélèvements sont ramassés par les coursiers dédiés - **ATTENTION : UN SACHET PAR DEMANDE ET PAR PATIENT** -
- ☞ **Pour les envois par courrier**, adresser vos prélèvements à votre laboratoire INOPATH :

INOPATH Montauban
43 avenue Charles de Gaulle
82000 MONTAUBAN
Tel : 05 63 20 06 06 - Fax : 05 63 63 41 33
Mail : secretariat.montauban@inopath.fr

INOPATH Montpellier
168 rue de la Taillade
34070 MONTPELLIER
Tel : 04 67 61 10 15 - Fax : 04 67 45 03 89
Mail : montpellier@inopath.fr

INOPATH Sérignan
Route de Valras
34410 SERIGNAN
Tel : 04 67 62 64 81 - Fax : 04 67 62 09 76
Mail : secretariat.serignan@inopath.fr

INOPATH Albi
Clinique Claude Bernard, 1 rue Père Colombier, 81000 ALBI
Tel : 05 63 77 78 91 - Fax : 05 63 77 78 98
Mail : secretariat.albi@inopath.fr

INOPATH Pôle dépistage Montpellier
90 rue Nicolas de Chedeville
34075 MONTPELLIER
Tel : 04 67 20 79 49 - Fax : 04 67 20 79 09
Mail : poledepistageccu@inopath.fr

INOPATH Castres
20 bd Maréchal Foch
81100 CASTRES
Tel : 05 63 51 40 80 - Fax : 05 63 51 40 89
Mail : secretariat.castres@inopath.fr

INOPATH Agen
Clinique Esquirol / Saint Hilaire, 1 rue du Dr et Me Delmas, BP 19, 47002 AGEN CEDEX
Tel : 05 53 77 65 47 - Fax : 05 53 87 79 21
Mail : secretariat.agen@inopath.fr

INOPATH Vernouillet
16 Rue Du Val De Seine
78540 VERNOUILLET
Tel : 01 39 75 48 95

Retrouvez-nous sur inopath.fr

BESOIN DE MATÉRIELS

| DÉSIGNATION | CONDITIONNEMENT |
|---|-----------------|
| KIT DE CYTOLOGIE LIQUIDE pour FCU : Flacon BD + Cytobrosse + Demande examen + Sachet | 25 |
| SCRINET | 100 |
| Fiche de Demande d'examen : Dépistage des cancers cervico-utérins et du périnée | 25 |
| ENVELOPPE D'EXPÉDITION INOPATH | 25 |
| SACHET TRANSPORT INOPATH Petite taille | 25 |

- ☞ Merci de transmettre votre demande de matériel à votre laboratoire INOPATH par mail ou par fax.

CADRE RÉSERVÉ INOPATH

Date de réception : ____ / ____ / ____ Heure de réception : _____ Par : _____
 Nombre de flacons BD : _____ Nombre de lames : _____
 Non conforme - Motif : _____