

Pôle dépistage du CCU Montpellier

Nos sites Inopath : **MONTPELLIER – SERIGNAN - MONTAUBAN – ALBI – AGEN – CASTRES -VERNOUILLET**

Date de prélèvement : ____ / ____ / ____ Heure de prélèvement : _____ Dépistage organisé **URGENT**
☞ Joindre le courrier d'invitation (format papier ou numérique)



INFORMATIONS SUR LA TRANSMISSION DES RÉÉSULTATS : Dans le cadre du dépistage du CCU, et au titre de leur mission d'intérêt public, les CRCDC sont destinataires des résultats des examens. Conformément au RGPD, votre patiente dispose d'un droit d'accès à ses données, de rectification, d'opposition et de limitation de leur utilisation, qu'elle peut exercer en écrivant au CRCDC de sa région.
 Nous l'invitions à consulter le site <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Droits-des-personnes-sur-leurs-donnees>

IDENTITÉ PATIENTE Patiente informée de la transmission de ses données personnelles au Pôle de dépistage

Nom de naissance : _____ Nom marital/usuel : _____ 1^{er} Prénom : _____ Prénom usuel : _____	Date de naissance : _____ N°SS / INS : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>Code INSEE lieu naissance</small> <input type="checkbox"/> NIR <input type="checkbox"/> NIA
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Tel : _____ Email (facultatif) : _____	Caisse : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : _____ Adresse de la caisse : _____ Nom & N° Mutuelle : _____ N° Télétransmission : _____ Bénéficiaire : <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL <input type="checkbox"/> C2S <input type="checkbox"/> Autre : _____ <small>⇒ Joindre impérativement la copie d'attestation des droits</small>

ADRESSE DES RÉSULTATS

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

PARTICULARITÉS DU PRÉLÈVEMENT Merci de cocher les ITEMS

LIEU DE PRÉLÈVEMENT : Endomètre Col Vagin Vulve Bi-col*

TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT : Milieu liquide Étalement sur lame – Nombre de lames : _____

ÉTUDE DEMANDÉE

Test HPV (PCR) Cytologie

<p>PROFIL PATIENTE <small>Merci de cocher un seul profil</small></p> <p>AUCUN ANTÉCÉDENT</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage primaire</p> <p>Recommandations : < 30 ans : cytologie ≥ 30 ans : test HPV</p>	<p>CONTRÔLE D'UNE ANOMALIE</p> <p><input type="checkbox"/> Suite à un Auto-prélèvement vaginal (APV) positif</p> <p><input type="checkbox"/> Suite à Test HPV positif dépisté</p> <p><input type="checkbox"/> Suite à une Cytologie anormale du dernier dépistage</p>	<p>SUIVI POST-TRAITEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> Post-traitement à 6 mois (Test HPV)</p> <p><input type="checkbox"/> Post-traitement > 6 mois (Test HPV)</p> <p>Date du traitement : _____ Type de traitement : _____ Type et sévérité de lésion : _____</p>
---	---	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX / CHIRURGICAUX

• Date dernières règles : ____ / ____ / ____ Grossesse : _____ SA Post-partum Ménopause

• Vaccin anti HPV : OUI NON Si oui : Type de vaccin : _____ Nombre de dose : _____

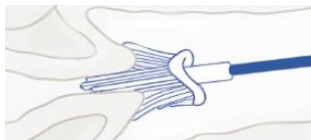
• Aspect du col : _____

• Circonstances particulières : NON OUI - Si oui : Immunodépression (Chimiothérapie, Immunosuppresseur, HIV, ...)
 Exposition in utéro au distilbène
 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** Cervex 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 →



* **En cas d'anomalie du col** (deux cols utérins) : réaliser un prélèvement sur chaque col en différenciant les flacons (Exemple : Col 1 et Col 2, ...) et le signaler sur la demande d'examen

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 site INOPATH de proximité :

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
Mail : secretariat.vernouillet@inopath.fr

Retrouvez-nous sur inopath.fr

BESOIN DE MATÉRIELS

☞ Vos prélèvements passent par l'intermédiaire d'un laboratoire de Biologie Médicale

Adressez votre demande de matériel à votre Laboratoire de Biologie Médicale, celui-ci vous approvisionnera directement.

☞ Vos prélèvements sont directement transmis au Pôle de Dépistage par coursier Inopath

Adressez votre demande de matériel à votre laboratoire INOPATH par mail ou par fax.
La demande de matériel est téléchargeable sur notre site <https://inopath.fr/> dans votre espace professionnel.

CADRE RÉSERVÉ INOPATH

Date de réception : ____/____/____

Heure de réception : _____

Par : _____

Nombre de flacons BD : _____

Nombre de lames : _____

Non conforme - Motif : _____