



INOPATH Montpellier :
Dr ABBEY-TOBY
Dr BOUIDIOUA
Dr GARNIER
Dr LELARGE

Pôle de Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus Anatomo-CytoPathologie

Dr LELARGE Christian (Responsable du Pôle)

90 rue Nicolas Chedeville
34070 Montpellier
poledepistageccu@inopath.fr

Tel Patient : 04 67 20 79 49 de 9h à 14h
Tel Professionnel de Santé : 04 67 16 35 14 de 8h à 18h
Fax : 04 67 45 03 89

Etiquette

Demande d'examen cytologique et/ou moléculaire : DÉPISTAGE DES CANCERS CERVICO-VAGINAUX ET DU PÉRINÉE

Date du prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement : ☐ URGENT ☐ A FAXER N°Fax :

IDENTITÉ PATIENT(E) patient(e) informé(e) de la transmission de ses données personnelles au Pôle de dépistage d'INOPATH

Nom : Sexe : ☐ M ☐ F
Nom de naissance : Adresse :
Prénoms :
Date de naissance (indispensable) :
N° SS + Clé : CP : Ville :
Caisse (Adresse) : Tel :
Nom & N° Mutuelle : Mail :
Bénéficiaire : ☐ CMU ☐ ACS ☐ AME ☐ ALD ☐ INVAL ☐ Autre :

Joindre impérativement la copie d'attestation des droits

ADRESSE PRESCRIPTEUR / CORRESPONDANT POUR LES RÉSULTATS

☐ PRÉLEVEUR : Nom/Adresse/Service/N°Adeli - RPPS ☐ RESULTAT PATIENT(E) : OUI NON
Signature et cachet : ☐ DÉPISTAGE ORGANISÉ (fournir justificatif)
☐ AUTRES CORRESPONDANTS (Nom(s)/Adresse(s)/service(s))

Mode de diffusion des résultats prescripteur : ☐ Papier (nombre d'exemplaires :) ☐ Dématérialisé (Apicrypt ou Hprim)

Recommandations officielles informant la patiente sur le traitement de ses données et sur ses droits (cf. verso.)

PARTICULARITÉS DU PRÉLÈVEMENT Merci d'entourer les ITEMS

LIEU DE PRÉLÈVEMENT :
(A) Endomètre (B) Endocol (C) Col (D) Vagin (E) Vulve (F) Anus (G) Auto Prélèvement Vaginal (APV)

TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT : (M) Milieu liquide (L) Étalement sur lame : Nbre de lames :

ÉTUDE DEMANDÉE A PARTIR D'UN FROTTIS CERVICO-VAGINAL (FCV)

patient(e) informé(e) des modalités de facturation en cas de demande hors recommandations HAS/INCA

- ☐ dans le cadre d'un **dépistage** (INCa 2016 / HAS 2019) acte remboursé SS
Avant 30 ans une cytologie sera réalisée. A partir de 30 ans un test HPV HR sera réalisé.
- ☐ suite à un auto-prélèvement vaginal positif : date du test : génotype(s) :
- ☐ dans le cadre du **sui**vi d'une lésion traitée (INCa 2019) ou d'un contrôle à 12 mois (HAS 2019)
- type de lésion : - test HPV positif avec cytologie NILM
- type de traitement : - cytologie LSIL avec colposcopie normale
- ☐ test combiné (cytologie + test HPV HR) : la patiente a été informée du non-remboursement de l'analyse hors-recommandation

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX (hors lésion du col)

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

CADRE RESERVÉ LABOSUD/INOPATH

Réception Nbre de flacons BD : Nbre de lames : Par :
Conforme : ☐ Oui ☐ Non Si non motif :

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES INFORMANT LA PATIENTE SUR LE TRAITEMENT DE SES DONNEES ET SUR SES DROITS (merci de cocher l'un des deux items)

☐ J'atteste que le dépliant d'information sur le DOCCU a été remis à la femme, que je l'ai informée du traitement de ses données personnelles et de ses droits et qu'elle ne s'est pas opposée à la transmission de ses données d'identification (notamment nom, prénom, date de naissance) et de ses résultats au CRCDC ;

☐ J'atteste que le dépliant d'informations sur le DOCCU a été remis à la femme, que je l'ai informée du traitement de ses données personnelles et de ses droits et qu'elle s'est opposée à la transmission de ses résultats au CRCDC qui, de ce fait, ne réalisera pas sa mission de suivi pour ce dépistage, Elle a été informée que ses données d'identification (notamment nom, prénom, date de naissance) seront toutefois transmises au CRCDC afin qu'il puisse tenir compte de son droit d'opposition et ne pas effectuer de relances pour obtenir les résultats du dépistage réalisé.

RECOMMANDATIONS SUR LE DÉPISTAGE DE L'INCA ET DE LA HAS

Avant 30 ans,

INCA 2016, Cytologie primaire avec Test HPV réflexe en cas d'ASC-US

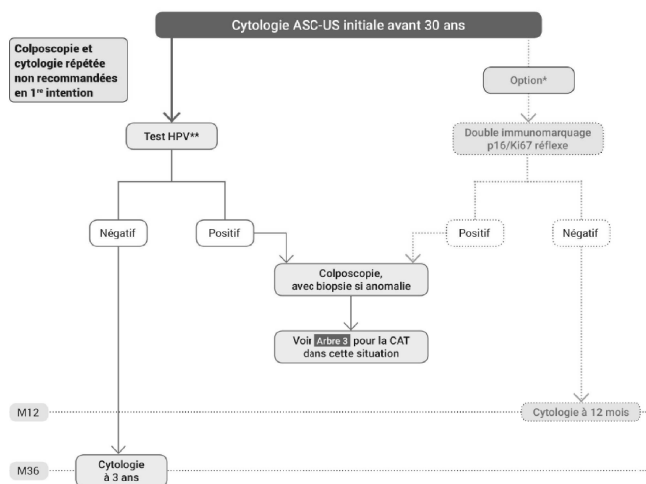


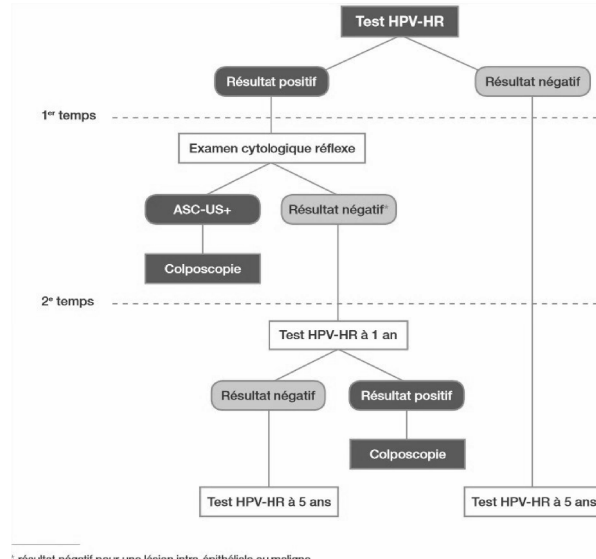
Schéma : « Arbre conduite à tenir n°1 sur les 15 arbres que comptent les recommandations de l'INCA de décembre 2016 »

« Les recommandations ne peuvent envisager l'ensemble des situations cliniques et ne peuvent donc se substituer au jugement et à la responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient. »

Citation issue des recommandations de l'INCA, Décembre 2016

Après 30 ans,

HAS 2019, Test HPV primaire avec cytologie réflexe si test HPV positif



* résultat négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne

Schéma issu des recommandations de l'HAS, Juillet 2019

PRÉCONISATION PRÉLÈVEMENT FCV

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

① Collecter l'échantillon en utilisant la brosse Cervex 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 brosse cervex dans la plus large ouverture du flacon



EMBALLAGE et TRANSPORT

Placer votre prélèvement dans un sachet INOPATH avec le bon de demande rempli

ATTENTION : UN SACHET PAR DEMANDE ET PAR PATIENT

Les prélèvements sont ramassés par les coursiers LABOSUD

Pour les envois par courrier, merci d'utiliser les enveloppes « LABOSUD »

90 rue Nicolas de Chedeville - 34070 Montpellier

BESOIN DE MATÉRIEL

Désignation	Conditionnement	Quantité
KIT DE CYTOLOGIE LIQUIDE pour FCV (Flacon BD + Cervex brush) (avec Demande examen + Sachet)	25	
SCRINET	100	
Fiche de Demande d'examen cytologique et/ou moléculaire : DÉPISTAGE DES CANCERS CERVICO-VAGINAUX ET DU PERINÉE	25	
ENVELOPPE D'EXPÉDITION	25	
SACHET TRANSPORT Petite taille	25	

Merci de nous transmettre votre demande de matériel

par Fax au 04 67 20 79 09 ou par mail à l'adresse poledepistageccu@inopath.fr