



LABORATOIRE DEMANDEUR	PATIENT
Hôpital/Laboratoire :	Nom :
Service :	Prénom :
Médecin :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :	Date de naissance :
Tel : Fax :	Département de résidence :

DEMANDE D'EXPERTISE DE GENOTYPAGE DES HPV

PRELEVEMENT		
ANOGENITAL	CUTANE	ORAL
<input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> vulve <input type="checkbox"/> vagin <input type="checkbox"/> anus <input type="checkbox"/> pénis <input type="checkbox"/> autre : ...	localisation :	<input type="checkbox"/> oropharynx <input type="checkbox"/> autre : ...
Date du prélèvement :		
Nature : <input type="checkbox"/> biopsie <input type="checkbox"/> grattage		Milieu de transport : <input type="checkbox"/> frottis <input type="checkbox"/> autre : ...
MOTIF DE LA DEMANDE		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/ LA PATIENT(E)			
Vaccination HPV :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui, nom du vaccin:
complète :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
date de la dernière injection :			
Facteurs d'immunosuppression :	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Transplantation	<input type="checkbox"/> autre : ...
RENSEIGNEMENTS POUR UN PRELEVEMENT GENITAL FEMININ			
Frottis antérieur :	date :	résultat :	
		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> Bas grade (LSIL)
		<input type="checkbox"/> ASC-H	<input type="checkbox"/> Haut grade (HSIL) <input type="checkbox"/> Carcinome
Biopsie antérieure :	date :	résultat :	
		<input type="checkbox"/> CIN 1	<input type="checkbox"/> CIN 2 <input type="checkbox"/> CIN 3/ in situ
		Carcinome épidermoïde : <input type="checkbox"/> micro invasif <input type="checkbox"/> invasif	
		Adénocarcinome : <input type="checkbox"/> in situ <input type="checkbox"/> invasif	
Traitement chirurgical antérieur :	si oui, date :	nature :	
		<input type="checkbox"/> vaporisation laser	<input type="checkbox"/> loop <input type="checkbox"/> conisation <input type="checkbox"/> hystérectomie
RENSEIGNEMENTS POUR UN PRELEVEMENT CUTANE			
<input type="checkbox"/> suspicion d'épidermodysplasie verruciforme		<input type="checkbox"/> consanguinité dans la famille	
<input type="checkbox"/> autre			
RENSEIGNEMENTS POUR UN PRELEVEMENT DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES			
<input type="checkbox"/> hyperplasie épithéliale focale		<input type="checkbox"/> papillomatose <input type="checkbox"/> leucoplasie <input type="checkbox"/> cancer	
<input type="checkbox"/> autre : ...			