



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

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

Fiche à retourner à :

Institut Pasteur, CNR des papillomavirus humains - 25 rue du Dr. Roux, 75724 PARIS Cedex 15.  
Tél: 01 44 38 92 61 ; Fax: 01 44 38 94 84 ; E-mail : cnrhpv@pasteur.fr