Requête laboratoire de cytologie incluant PCR VPH

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK

RÉSEAU DE SANTÉ Horizon HEALTH NETWORK

ÉCHANTILLON REÇU : DATE - HEURE

Champs en jaune obligatoires

NUMÉRO DE CYTOLOGIE À L'USAGE DU LABORATOIRE SEULEMENT

NOM DE FAMILLE DU PATIENT

PRÉNOM DU PATIENT

ADRESSE COMPLÈTE DU PATIENT

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DATE DE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA)

SEXE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO D'UNITÉ / DE DOSSIER

MÉDECIN / INFIRMIER(IÈRE) PRACTICIEN(NE) REQUÉRANT(E)

COPIES À

SPÉCIMEN PRÉLEVÉ PAR

DATE (JJ-MM-AAAA)

GYNÉCOLOGIE

TEST REQUIS

- ☐ VPH PRIMAIRE
- ☐ PAP TEST, si indiqué : _____ (PRÉCISER)
- ☐ TEST DE GUÉRISON VPH

SOURCE DU SPÉCIMEN

- ☐ VAGINAL
- ☐ CERVICAL
- ☐ ENDOCERVICAL

DERNIÈRES RÈGLES (JJ-MM-AAAA) _____

☐ ENCEINTE _____ SEM.

☐ POST PARTUM _____ SEM.

☐ POST MENOPAUSÉE

☐ TRAITEMENT HORMONAL

CONTRACEPTIFS

- ☐ ORAUX
- ☐ DEPO-PROVERA
- ☐ STÉRILET
- ☐ AUTRES : _____ (PRÉCISER)

VACCIN VPH

- ☐ OUI
- ☐ NON

HYSTÉRECTOMIE

- ☐ TOTALE
- ☐ SUBTOTALE (col conservé)

- ☐ RADIOTHÉRAPIE
- ☐ IMMUNOSUPPRIMÉE
- ☐ CHIMIOTHÉRAPIE

NON GYNÉCOLOGIQUE

RESPIRATOIRE

- ☐ EXPECTORATIONS
- ☐ LAVAGE BRONCHIQUE
  - ☐ GAUCHE ☐ DROIT
  - SITE _____ (PRÉCISER)
- ☐ BROSSAGE BRONCHIQUE
  - ☐ GAUCHE ☐ DROIT
  - SITE _____ (PRÉCISER)
- ☐ LAVAGE BRONCHOALVÉOLAIRE

LIQUIDE

- ☐ PLEURAL
  - ☐ GAUCHE ☐ DROIT
- ☐ PÉRITONÉAL / ASCITES
- ☐ PÉRICARDIQUE
- ☐ LCR

URINE

- ☐ SPONTANÉE
- ☐ CYSTOSCOPIE
- ☐ CATHÉTER

ASPIRATION À L'AIGUILLE FINE

- ☐ SITE _____ (PRÉCISER)
  - ☐ GAUCHE ☐ DROIT
  - TYPE DE LÉSION
  - ☐ SOLIDE ☐ KYSTIQUE

AUTRE

- ☐ SITE _____ (PRÉCISER)

À L'USAGE DU LABORATOIRE SEULEMENT

MÉTHODE DE PRÉLÈVEMENT

- ☐ LBC SUREPATH
- ☐ LBC THINPREP

☐ BLOC CELLULAIRE

N° LAMES_____

Vitalité: RC-412B
Horizon: HHN-1530

*** Tous les échantillons doivent être identifiés avec le nom du patient et le numéro d'assurance maladie. ***

Cytology laboratory requisition including HPV PCR

RÉSEAU DE SANTÉ Vitalité HEALTH NETWORK

RÉSEAU DE SANTÉ Horizon HEALTH NETWORK

SPECIMEN RECEIVED : DATE - HOUR

Yellow fields mandatory

CYTOLOGY NUMBER FOR LABORATORY USE ONLY

PATIENT'S LAST NAME | PATIENT'S FIRST NAME

PATIENT'S FULL ADDRESS

HISTORY AND CLINICAL FINDINGS

BIRTH DATE (DD-MM-YYYY) | SEX

HEALTH INSURANCE NUMBER | UNIT / CHART NUMBER

ORDERING PHYSICIAN / NURSE PRACTITIONER

COPIES TO

SPECIMEN COLLECTED BY | DATE (DD-MM-YYYY)

GYNECOLOGY

TEST REQUIRED

- ☐ PRIMARY HPV
- ☐ PAP TEST, if indicated : _____ (SPECIFY)
- ☐ HPV TEST OF CURE

SPECIMEN SOURCE

- ☐ VAGINAL
- ☐ CERVICAL
- ☐ ENDOCERVICAL

DATE OF LMP (DD-MM-YYYY) _____

☐ PREGNANT ____ WKS.

☐ POST PARTUM ____ WKS.

☐ POST MENOPAUSAL

☐ HORMONE THERAPY

CONTRACEPTIVES

- ☐ ORAL
- ☐ DEPO-PROVERA
- ☐ IUD
- ☐ OTHER : _____ (SPECIFY)

HPV VACCINATION

- ☐ YES
- ☐ NO

HYSTERECTOMY

- ☐ TOTAL
- ☐ SUBTOTAL (Cervix remaining)

- ☐ RADIATION THERAPY
- ☐ IMMUNOCOMPROMISED
- ☐ CHEMOTHERAPY

NON - GYNECOLOGY

RESPIRATORY

- ☐ SPUTUM
- ☐ BRONCHIAL WASHING
  - ☐ LEFT ☐ RIGHT
  - SITE _____ (SPECIFY)
- ☐ BRONCHIAL BRUSHING
  - ☐ LEFT ☐ RIGHT
  - SITE _____ (SPECIFY)
- ☐ BRONCHOALVEOLAR LAVAGE

FLUID

- ☐ PLEURAL
  - ☐ LEFT ☐ RIGHT
- ☐ PERITONEAL / ASCITES
- ☐ PERICARDIAL
- ☐ CSF

URINE

- ☐ VOIDED
- ☐ CYSTOSCOPY
- ☐ CATHETER

FINE NEEDLE ASPIRATION

- ☐ SITE _____ (SPECIFY)
  - ☐ LEFT ☐ RIGHT
  - LESION TYPE
  - ☐ SOLID ☐ CYSTIC

OTHER

- ☐ SITE _____ (SPECIFY)

FOR LABORATORY USE ONLY

COLLECTION METHOD

- ☐ LBC SUREPATH
- ☐ LBC THINPREP

☐ CELL BLOCK

OF SLIDES _____

Vitalité: RC-412B
Horizon: HHN-1530

*** All samples must be identified with the patient's name and health insurance number. ***