cypath
cabinet de pathologie

Bon de demande d'examen

Examens de gynécopathologie

Metz | Sarreguemines | Auxerre | Dijon | Belfort | Lons | Chalon/Saône
Lyon | Grenoble | Gap | Valence | Montélimar

Siège social : CYPATH - 201 route de Genas - CS 50254 - 69627 Villeurbanne Cedex | SELAS de médecins au capital de 976 239 € - Siren 437 754 427 RCS lyon - Code APE 8622C

Patient
(ou étiquette d'identification)

- Nom de naissance : _____
- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : __ __ ____
- Sexe : ❑ Femme
- Adresse : _____
- Code postal : _____ Ville : _____
- Téléphone : __ __ __ __ __

Pour une prise en charge du patient à 100%

Joindre le ticket d'impression de carte vitale et toutes attestations nécessaires à l'identification et au remboursement du patient.
OU renseigner les informations ci-dessous

N° SS : _ __ __ __ ___ ___ __

Code régime : __ N° caisse : ___ N° centre : ___

❑ CMU ❑ ALD (Merci de joindre l'attestation)

N° AMC (cf. carte de mutuelle) :

Prescripteur

Date de la demande : __ __ ____

- Nom du médecin : _____
- Prénom : _____
- Etablissement : _____
- Autre(s) destinataire(s) de résultats :

_____

_____

- Facturation : ❑ Patient ❑ Etablissement

Cadre réservé au Cabinet Médical de Pathologie

Renseignements cliniques | Prélèvements

❑ Prélèvement réalisé dans le cadre du dépistage organisé

Apposer l'étiquette fournie avec le courrier d'invitation au dépistage de la patiente.

❑ **La patiente s'oppose à la transmission de ses données cytologiques et histologiques aux Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers.**

Prélèvement cervico-utérin en milieu liquide

❑ Frottis cervico-utérin en milieu liquide (FCU) pour étude cytologique
+ Typage HPV si ASCUS

❑ FCU & Typage HPV (co-testing)

❑ Typage HPV (+ FCU si HPV positif)

Antécédent(s), histoire de la maladie, autres renseignements

Date des dernières règles : __ __ ____

❑ Grossesse ❑ Post-partum ❑ Ménopause

❑ Contraception ❑ Vaccination HPV ❑ Traitement hormonal ❑ Stérilet

❑ Coloscopie

❑ **URGENT**

Biopsies

❑ Vagin ❑ Vulve ❑ Col ❑ Endomètre

H	f
	s
C	
M	
R	
V	
B	

Heure de prélèvement : _____ de fixation : _____

Date de réception : __ __ ____	Récpt :	FA	FV	FN	IP	RA	MC	EP	NP	BA	DV

Les données recueillies dans ce bon de demande d'examen sont enregistrées au sein de notre système informatique de gestion des dossiers «patient». Elles sont nécessaires au traitement et à la traçabilité des demandes d'examen garantissant la continuité de la prise en charge sanitaire et la délivrance des soins appropriés. Dans le cadre du dépistage organisé, avec le consentement de la patiente, ses données cytologiques et histologiques seront transmises aux CRCDC afin de faciliter le travail d'information et de mobilisation des acteurs du dépistage sur le terrain. En accord avec le Réglement européen sur la protection des données (RGPD), la patiente dispose, sous certaines conditions, d'un droit d'opposition, de rectification et de limitation du traitement de ses données. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter à l'adresse dpo@cypath.fr

Réf. RECEPFOR-001 - V001