

Demande d'analyse: Cytopathologie gynécologique

Prescripteur: Clinique/médecin: **Matériel:**

Date du prélèvement:

Matériel:
Type d'échantillon: Échantillon ThinPrep
 Frottis conventionnel
Frottis: Exocol/Endocol Vagin
 Exocol Vulve
 Endocol Endomètre

Signature:

Copie du rapport à: **Demande d'analyse:**

Copie à la patiente

Patiente:

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Rue/No. : _____
 Code postal/Lieu : _____
 Assurance maladie : _____
 Facture à adresser à Patiente / Assurance maladie / à ...
 Prescripteur

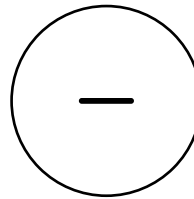
Veillez cocher **une seule option, s.v.p.**
 En cas d'informations manquantes seulement une analyse cytologique sera faite.
 SEULEMENT analyse cytologique
 Analyse cytologique + ev. typage HPV ¹⁾
 Si le résultat de l'analyse cytologique est ASC-US, LSIL, AGC ou AGC-NOS, un typage HPV suit automatiquement.
 Analyses simultanées: Cytologie + typage HPV ¹⁾
 SEULEMENT typage HPV ¹⁾

 Screening HPV ²⁾ + ev. analyse cytologique
 En cas d'un résultat positif du screening HPV, une analyse cytologique suit automatiquement.
 1) Typage: identification des types HPV 'high risk' et 'low risk'.
 2) Screening: identification des types HPV 'high risk' seulement.

Indication et renseignements cliniques:

Indication: Dépistage précoce du cancer Status hormonal (frottis paroi latérale du vagin)
 Grossesse Maladie

Clinique: Date des dernières règles _____ régulières irrégulières
 Ménopause depuis _____
 Inhibiteurs de l'ovulation / Traitement hormonal / DIU (lesquels?) _____
 Gravidité _____ Partus _____
 Hystérectomie _____ Radiothérapie _____



Marquer les observations, s.v.p.
 sans lésion appréciable

À l'usage interne du laboratoire seulement:

Mikroskopischer Befund / Kontext

Platten-epithelien	Zylinder-epithelien	Endometriumzellen	Parakeratose	Kernlose PE	Reep
Leuko Histio	Lymphozyten	Blut	Döderlein	Mischflora	Gardnerella
Actinomyces	Pilze / Soor	Trichomonas			Bericht editieren

Repräsentativität / Einschränkung

Repräsentativ mit ZZ	Repräsentativ ohne ZZ	Repräsentativ	Bedingt repräsentativ	NICHT repräsentativ
zellarm	spärl. PE Ektozervix	degen./entz dl. Veränd.	Starke Zytolyse	
Konventioneller Abstrich			ThinPrep-Präparat	
luftgetr./ ungen.fixiert	mechan. geschädigt	dick aufgetragen	überlagert	Blut/Leuko

Zellbild

superfiziell	intermediär	atrophisch	postpartal	nicht beurteilbar
entzündlich	Leukoplakie			

Negativ / Positiv – Beurteilung

NEG freigeben	NEG frei + HPV	NEG editieren	NEG → Kontrolle	Zellarm. Keine Beurteilung
Keine Gardnerella	Keine Actinomyces	Keine Pilze/Soor	Keine Trichomonas	
verdächtig/positiv		verdächtig/positiv HPV separat		

Datum/Visum _____