



Année



2

0

Date de prélèvement

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	☐ 11	☐ 12	☐ 13	☐ 14	☐ 15	☐ 16
☐ 17	☐ 18	☐ 19	☐ 20	☐ 21	☐ 22	☐ 23	☐ 24	☐ 25	☐ 26	☐ 27	☐ 28	☐ 29	☐ 30	☐ 31	jour
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	☐ 11	☐ 12	mois			

Heure de prél.

☐ 00	☐ 01	☐ 02	☐ 03	☐ 04	☐ 05	☐ 06	☐ 07	☐ 08	☐ 09	☐ 10	☒ 11				
☐ 12	☐ 13	☐ 14	☐ 15	☐ 16	☐ 17	☐ 18	☐ 19	☐ 20	☐ 21	☐ 22	☒ 23	heures			

Maternité tel : 01 56 61 64 24
Maternité Fax : 01 56 61 64 35
Consultation Obstétrique 01 56 61 61 47

Nom du patient :

Prénom :
Date de naissance :

MICROBIOLOGIE

Remplir une demande par prélèvement bactériologique

- ☐ Recherche isolée de streptocoque B
- ☐ Recherche de streptocoque B avec examen cyto bactériologique vaginal
- ☐ Examen bactériologique des urines

DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Dépistage primaire

Avant 30 ans ☐ Cytologie avec test HPV réflexe si Asc-us ou AGC
(sachet orange)

Après 30 ans ☐ Test HPV avec cytologie réflexe si positif
(sachet blanc)

Surveillance

- ☐ Test HPV à 12 mois
 - Test HPV positif et cytologie normale
 - Colposcopie normale après LSIL, ASCUS HPV+
- ☐ Test HPV à 6 mois
 - Post conisation (sans limite d'âge)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- ☒ Grossesse
- ☐ Contraception orale ou stérilet :
- ☒ Conisation

- ☐ Hystérectomie Totale
- ☐ Hystérectomie subtotale

☒ Vaccinée : ☐ oui ☐ non ☐ Ne sait pas

COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT

NOM DU PRESCRIPTEUR (et tampon)

NOM DU PRELEVEUR ET SIGNATURE