

Fiche de renseignements médicaux

<p>Identification du médecin prescripteur</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: center; color: gray;">Coller une étiquette</p>	<p>du médecin traitant si différent</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Identification de la bénéficiaire

Coller une étiquette

Dépistage du cancer du COL DE L'UTÉRUS

FICHE À REMPLIR

→ soit par le médecin
lors de la consultation

→ soit par la bénéficiaire
si les examens de dépistage ODLC
ne sont pas réalisés

Je ne réalise pas de frottis cervical de dépistage pour les raisons suivantes :

- ATCD personnel de cancer du col utérin ____/____/____
- Frottis récent ____/____/____
- Hystérectomie totale (ablation du col)
- Prélèvement impossible ou injustifié
- Autres _____

Compléter cette partie,
signer et retourner
la fiche à l'ODLC
dans l'enveloppe T

J'ai déjà pratiqué un frottis du col de l'utérus le :
____/____/____

Je ne suis pas concernée par le frottis pour les raisons suivantes :

Je réalise (ou je prescris) un frottis cervical de dépistage ce jour

Date de prélèvement ____/____/____ urgent normal
Date du dernier frottis ____/____/____

Statut hormonal - contraception

- Dernières règles le ____/____/____
- grossesse post partum
 - contraception orale DIU
 - ménopause THM
 - hystérectomie sub-totale

Examen clinique

- col normal
- col lésé
 - zone rouge péri-orificielle
 - col inflammatoire
 - col hémorragique
 - col leucoplasique
 - autre

Mode de prélèvement

- spatule d'Ayre
- cytobrush
- cervex brush

Antécédents pathologie du col utérin

- non connus aucun antécédent
- atypies : ASC-US ASC-H
- AGUS ou lésion glandulaire
- lésion de bas grade - condylome
- lésion de haut grade
- autre

Signes fonctionnels

- aucun
- leucorrhées
- ménorragies
- métorragies
- autre

Type de frottis

- milieu liquide
- étalement sur lames

Compléter cette partie
et joindre toute la fiche aux
lames (ou à la prescription)
avec l'étiquette frottis.

Traitement éventuel

- laser conisation curiéthérapie
- Date de fin de traitement ____/____/____

Indication du frottis

- frottis de dépistage systématique
 - autre
- _____
- _____

Autres antécédents

Le _____

(Signature)



OFFICE DE LUTTE CONTRE LE CANCER
19, chemin de la Dhuy - Maupertuis
BP 139 - 38244 MEYLAN Cedex
Fax 04 76 41 29 57 www.odlc.org
© 04 76 41 25 25 N° vert 0 800 37 38 82