



DEMANDE DE CONSULTATION EN CLINIQUE DE
COLPOSCOPIE

À noter que ce formulaire est utilisé uniquement pour l'hôpital de Saint-Eustache.

Nom du médecin référent : _____

Coordonnées de la clinique : _____

Veillez télécopier cette demande dûment remplie au 450 473-3285.

Raison de la consultation :

1. Pour une cytologie cervicale anormale, cocher plus bas et **joindre OBLIGATOIREMENT un exemplaire du résultat de la cytologie cervicale et/ou du VPH (papillome humain) oncogène. En l'absence de ce dernier, la demande sera refusée :**

- VPH oncogène positif à deux reprises à un an d'intervalle, malgré une cytologie cervicale normale;
- Atypie des cellules épidermoïdes de signification indéterminée (ASC-US) à deux reprises à plus de six mois d'intervalle;
- Atypie des cellules épidermoïdes de signification indéterminée (ASC-US) à une reprise et VPH oncogène positif (pour les usagères de plus de 30 ans);
- Lésion intraépithéliale de bas grade (LSIL);
- Atypie des cellules épidermoïdes, une lésion de haut grade ne peut être éliminée (ASC-H);
- Atypie des cellules glandulaires (AGUS);
- Carcinome, adénocarcinome.

2. Lésion vulvaire :

- Suggérant une néoplasie;
- Suggérant une dermatose;
- Kyste de la glande de Bartholin;
- Autre : _____

3. Saignement postcoïtal (malgré une cytologie normale, un dépistage de chlamydia et de gonorrhée négative).

4. Autre : _____

Nom de l'intervenant

Signature

Permis

aaaa/mm/jj