



Prescripteur / Autre(s) destinataire(s)

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de Naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle (N° télétransmission) :

ces 2 numéros se trouvent sur votre carte Mutuelle

ou N° AMC :

Adresse mail : _____

N° Portable :

Ainsi, dès validation de vos résultats ; vous serez directement avertis de leur disponibilité sur internet.

DEMANDE D'EXAMENS

Date de prélèvement : ___ / ___ / _____

DÉPISTAGE PRIMAIRE (25 - 65 ans)

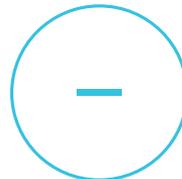
- Avant 30 ans
- Cytologie avec Test HPV réflexe si Asc-us ou AGC
- Après 30 ans
- Test HPV avec Cytologie réflexe si positif
- Cytologie réflexe seule

SURVEILLANCE (sans limite d'âge)

- Test HPV de suivi
- à 6 mois après traitement (post conisation)
- à 12 mois après Test HPV + et Cytologie normale
- à 12 mois après Colposcopie normale après LSIL, Asc-us HPV +
- avec Cytologie réflexe si Test HPV +

HISTOLOGIE

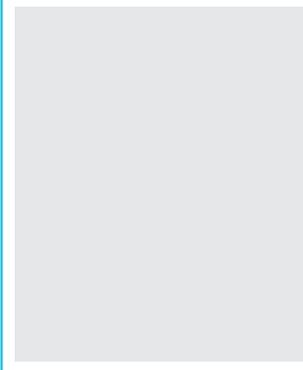
- Biopsie(s) de col :
- Curetage endocervical :
- Autre :



Dépistage par invitation

Collez votre étiquette d'invitation

ICI



FOR-017 version 001

Les données vous concernant ci-dessus sont confiées à Cerba Path aux fins de la réalisation de vos examens, l'interprétation, la transmission de vos résultats et la gestion administrative. Elles pourront être réutilisées, sauf opposition de votre part, aux fins de leur anonymisation, pour les besoins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, d'études statistiques, d'enquête de satisfaction. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, rendez-vous sur le site Cerba Path.com, onglet « Données Personnelles » pour consulter notre « Politique de protection des données ».