Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

ADRESSOGRAPHE

☐ Hôpital Fleurimont ☐ Hôpital Brôme-Mississquoi-Perkins
☐ Hôpital Haute-Yamaska
☐ Autre installation : _____

CONSULTATION

DEMANDE DE CONSULTATION EN COLPOSCOPIE EN GYNÉCOLOGIE ADULTE

Date : ____ / ____ / ____ (Année / Mois / Jour) ____ h (Heure)

Télécopier ce formulaire au CRDS (819) 820-6448 ou au centre de colposcopie de votre région

RAISON DE CONSULTATION	
Échelle de priorité clinique : A ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois	
CYTOLOGIE ANORMALE	
☐ Suspicion invasion *(Carcinome épidermoïde ou adénocarcinome)*	B
☐ LIEHG ou Adénocarcinome in situ	C
☐ ASC-H	C
☐ AGC	C
☐ LIEBG	D
☐ ASC-US x 2 *	D
☐ ASC-US / VPH-HR positif *	D
LÉSION SUSPECTE (vulve/vagin/col)	
☐ Suspicion de cancer	C
* ASC-US < 30 ans : Répéter cytologie à 6 et 12 mois. Référer en colposcopie si 2e ASC-US ou plus grave.	
* ASC-US > 30 ans : On peut demander VPH-HR et si VPH négatif, répéter cytologie dans 1 an.	

AUTRE (MODIFICATION DE PRIORITÉ OU AUTRE RAISON DE CONSULTER ET JUSTIFIER)	Priorité clinique

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT		
NOM DU MÉDECIN RÉFÉRENT N° PERMIS	IND. RÉG. + N° TÉLÉPHONE N° DE POSTE	RÉFÉRENCE NOMINATIVE (médecin ou point de service en particulier)
NOM DE L'INSTALLATION OU DE LA CLINIQUE	IND. RÉG. + N° TÉLÉCOPIEUR	
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE	NOM DE LA CLINIQUE DU MÉDECIN DE FAMILLE	

Signature du médecin	Nom en caractère d'imprimerie	N° permis	Date