

ORDONNANCE – ANALYSES CYTOLOGIQUES GYNÉCOLOGIQUE

* Champs OBLIGATOIRES. Caractères d'imprimerie seulement. Toute requête mal identifiée, illisible ou non signée sera refusée.

Québec

PRESCRIPTEUR (Responsable du suivi)

USAGER double identité vérifiée

*NOM de la clinique : _____
 * Adresse : _____
 * Ville : _____ Code postal : _____
 * Tél : _____ *Fax : _____
 *NOM, Prénom : _____ *# Pratique : _____

*No assurance maladie (RAMQ) : _____ *Expiration : _____ No de dossier (hôpital) : _____
 AAAAA-MM-JJ
 *Nom et prénom (naissance) : _____
 *Date de naissance : _____ *Sexe F M
 AAAAA-MM-JJ
 Adresse : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____ Nom et prénom de la mère : _____

Professionnel à informer (cc) – À remplir par le prescripteur

*NOM, Prénom, # pratique : _____
 *Coordonnées (nom clinique et fax) : _____

Renseignements cliniques

STAT

**Apposer
étiquette de
prélèvement ici**

***INFORMATION PRÉLEVEUR** Public Privé

*NOM, Prénom : _____ *Lieu de prélèvement : _____
 Tél. : _____ *Date : _____ *Heure : _____

DÉPISTAGE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (renseignements obligatoires)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> VPH en 1 ^{re} intention avec cytologie réflexe si VPH positif | <input type="checkbox"/> VPH pour suivis après anomalies à la cytologie | <input type="checkbox"/> VPH ET cytologie (Pour contexte clinique approprié) | <input type="checkbox"/> Cytologie VPH non requis |
|---|---|--|---|

MOTIFS

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage | <input type="checkbox"/> Saignements post ménopausiques | <input type="checkbox"/> Contact ITS / MTS |
| <input type="checkbox"/> Évaluation hormonale | <input type="checkbox"/> Recherche spermatozoïde | <input type="checkbox"/> Méno / métrorragie |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

PRÉLÈVEMENT

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Col / Endocol avec dispositif de prélèvement | <input type="checkbox"/> VCE avec dispositif de prélèvement | <input type="checkbox"/> Dôme vaginal avec dispositif de prélèvement |
| <input type="checkbox"/> Vagin avec dispositif de prélèvement | | |

CONTRÔLE DE CYTOLOGIE ANORMALE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASC / atypies des cellules pavimenteuses | <input type="checkbox"/> AGC / (atypie des cellules glandulaires) | <input type="checkbox"/> ASC-H / atypies pavimenteuses ne permettant pas d'exclure une LIEHG |
| <input type="checkbox"/> LIEBG (bas grade / condylome) | <input type="checkbox"/> LIEHG (haut-grade / CIN2 / CIN3 / CIS) | <input type="checkbox"/> Adénocarcinome endomètre |
| <input type="checkbox"/> Adénocarcinome endocol | <input type="checkbox"/> Carcinome pavimenteux | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Néoplasie : _____ | | |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- DDM : _____ Cycle : _____
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Post-partum | <input type="checkbox"/> Ménopause |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie Total/HAT | <input type="checkbox"/> Hystérectomie subtotale | <input type="checkbox"/> Hystérectomie non spécifiée |
| <input type="checkbox"/> Stérilet : _____ | <input type="checkbox"/> Anovulants : _____ | <input type="checkbox"/> Œstrogène : _____ |
| <input type="checkbox"/> Progestatif | <input type="checkbox"/> HTR (hormonothérapie) | <input type="checkbox"/> HTR combinée |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | |

***SIGNATURE PRESCRIPTEUR**

Signature : _____ Date : _____

CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE CONVENTIONNELLE

FROTTIS V.C.E. :

NOM DU PATIENT	1. Identifier clairement la lame V.C.E. avec NOM, PRÉNOM ET RAMQ , ou numéro de dossier de l'hôpital à l'aide d'un CRAYON À MINE DE PLOMB (<i>avant de faire le prélèvement</i>).
RAMQ	2. <u>VAGIN</u> : Prélever les sécrétions dans le cul-de-sac postérieur avec une spatule d'Ayre.
V	3. <u>COL</u> : Avec l'autre bout de la spatule, gratter l'orifice du col avec un mouvement de rotation de 360° en appuyant assez fortement.
C	4. <u>ENDOCOL</u> : Introduire 1. Une tige montrée (bourdonnet) dans l'endocol et tourner à 360°. 2. Ou une cytobrosse et tourner à 90°.
E	5. Étaler les sécrétions, <u>PROCÉDER RAPIDEMENT</u> et <u>FIXER IMMÉDIATEMENT</u> au cytospray en plaçant la canette à environ 30 cm de la lame.

DÉPISTAGE VPH ET CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE EN MILIEU LIQUIDE

IMPORTANT : En cas de besoin, utiliser un lubrifiant sans carbomère. L'utilisation d'un lubrifiant avec carbomère peut invalider les résultats.

Utiliser le matériel dédié pour le prélèvement, soit le balai ou l'ensemble spatule/cytobrosse en plastique fournie. **NE PAS UTILISER DE SPATULE EN BOIS.**

Ne pas laisser la tête du balai dans le flacon.

Le spécimen se conserve entre 15 et 30 °C pour assurer le maintien de l'intégrité des cellules. **NE PAS METTRE AU RÉFRIGÉRATEUR.**

Le laboratoire doit recevoir les échantillons le plus tôt possible et maximum 7 jours suivant le prélèvement.

La date d'expiration du flacon ThinPrep PreservCyt® doit être plus éloignée d'un mois de la date de prélèvement.

Le matériel dédié peut être commandé à partir du formulaire de réquisition de matériel :

- Trousse prélèvement gynécologique VPH/Cytologie (flacon ThinPrep® et balai)
- Dispositif prélèvement VPH/Cytologie – Cytobrosse/spatule seulement
- Sachet SURGILUBE FOILPAC à usage unique de 3 gr VPH/CYTOLOGIE (pour usage en GYNÉCOLOGIE seulement)

Pour toute question, veuillez-vous référer au site de Santé Estrie : <https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/laboratoires>