



**MONTAUBAN**  
Dr A. JUNCA  
Dr V. LABORIE  
Dr S. MARCHASSON  
Dr P. ROUQUETTE  
Dr J. ROUX

**MONTPELLIER**  
Pôle dépistage du  
cancer du col  
utérin  
Dr C. LELARGE

**MONTPELLIER**  
Dr A. ABBEY-TOBY  
Dr A. BOUIDIOUA  
Dr A. GARNIER  
Dr R. PIERSON

**SERIGNAN /  
NARBONNE**  
Dr D. BREL  
Dr F. LACROUX  
Dr J. THEVENOT

**ALBI**  
Dr M. JAMME  
**AGEN**  
Dr I. BARRE

**CASTRES**  
Dr JB. DECORSIERE  
**VERNOUILLET**  
Dr C. BILLEY-KIJNER

Date de prélèvement : ..... / ..... / .....

Heure de prélèvement : .....

**URGENT**

### IDENTITÉ PATIENT(E)

*Patient(e) informé(e) de la transmission de ses données personnelles au Pôle de dépistage*

<p><b>Nom de naissance :</b> .....</p> <p><b>Nom marital :</b> .....</p> <p><b>Prénoms :</b> .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>CP : ..... Ville : .....</p> <p>Tel : .....</p> <p>Mail : .....</p>	<p><b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Date de naissance :</b> .....</p> <p><b>N°SS + Clé :</b> .....</p> <p>Caisse : <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p>Adresse de la caisse : .....</p> <p><b>Nom &amp; N° Mutuelle :</b> .....</p> <p>Bénéficiaire : <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> INVAL <input type="checkbox"/> C2S <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p style="color: #e67e22;">⇒ Joindre <u>impérativement</u> la copie d'attestation des droits</p>
--	---

**Opposition au traitement des données personnelles dans le cadre du dépistage individuel et organisé**

### ADRESSE DES RÉSULTATS

<p><input type="checkbox"/> <b>PRÉLEVEUR :</b> Nom/Adresse/Service/N°Adeli - RPPS Signature et cachet : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>AUTRES CORRESPONDANTS</b> Nom(s)/Adresse(s)/service(s) .....</p>
---	---

### PARTICULARITÉS DU PRÉLÈVEMENT Merci de cocher les ITEMS

**LIEU DE PRÉLÈVEMENT :**       Endomètre       Endocol       Col       Vagin       Vulve

**TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT :**       Milieu liquide       Étalement sur lame : Nbre de lames : .....

### ÉTUDE DEMANDÉE A PARTIR D'UN FROTTIS CERVICO-VAGINAL (FCV) Compléter l'encart adéquat

#### DÉPISTAGE PRIMAIRE :

- Selon recommandations (INCA 2016 / HAS 2019)** • < 30 ans une cytologie sera réalisée  
• ≥ 30 ans un test HPV sera réalisé
- Hors recommandations :** Test combiné Cytologie + Test HPV HR

#### Ou **CONTROLE D'UNE ANOMALIE DE DÉPISTAGE :**

- Suite à un auto-prélèvement vaginal positif (INCA 2022) :** Date du test : ..... Génotype(s) : .....
- A 12 mois (INCA 2016) suite à :** • Test HPV positif et cytologie normale      • Cytologie anormale et coloscopie ou biopsie normale

#### Ou **SURVEILLANCE POST TRAITEMENT (Électrocoagulation, cylindrectomie, conisation, hystérectomie, ...) :**

- Test HPV à 6 mois du traitement**
- Suivi d'une lésion traitée :** Lésion : ..... Date du traitement : .....
- Traitement : .....

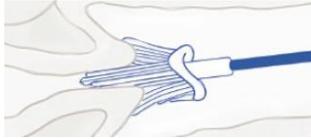
### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

- \* **Date des dernières règles :** .....       **Grossesse :** ..... SA       **Post-partum**       **Ménopause**
- \* **Vaccin anti HPV :**  OUI       NON      **Si oui : Type de vaccin :** .....      **Nombre de dose :** .....
- \* **Aspect du col :** .....
- \* **Autres :** .....

## RENSEIGNEMENTS & PRÉCONISATIONS PRÉLÈVEMENT FCU

**Frottis cervico-utérin en milieu liquide** : utilisation du « KIT DE CYTOLOGIE LIQUIDE »

- ① Collecter l'échantillon en utilisant la cytobrosse :  
**Tourner 5 fois dans le sens horaire en balayant la zone de jonction ;**
- ② Utiliser le rebord intérieur du flacon pour **détacher la tête de la cytobrosse**  
Cervix dans la plus large ouverture du flacon ;
- ③ **Visser hermétiquement le couvercle du flacon** pour éviter les fuites ;
- ④ **Noter sur le flacon l'identité de la patiente (nom, prénom, date de naissance) ;**
- ⑤ **Détacher le QR Code** en haut à gauche de l'étiquette du flacon et **le coller au verso de la fiche** à l'emplacement dédié.



QR code à détacher et à coller au verso de la fiche →



## CONSERVATION, EMBALLAGE et TRANSPORT

- ☞ L'échantillon doit être conservé et acheminé au laboratoire **à température ambiante**,
- ☞ Un **test HPV** est réalisable dans **un délai de 28 jours** à compter du prélèvement.
- ☞ Placer votre prélèvement dans un **sachet INOPATH** avec la demande d'examen remplie. Les prélèvements sont ramassés par les coursiers dédiés - **ATTENTION : UN SACHET PAR DEMANDE ET PAR PATIENT** -
- ☞ **Pour les envois par courrier**, adresser vos prélèvements à votre laboratoire INOPATH :

**INOPATH Montauban**  
43 avenue Charles de Gaulle  
82000 MONTAUBAN  
Tel : 05 63 20 06 06 - Fax : 05 63 63 41 33  
Mail : [secretariat.montauban@inopath.fr](mailto:secretariat.montauban@inopath.fr)

**INOPATH Montpellier**  
168 rue de la Taillade  
34070 MONTPELLIER  
Tel : 04 67 61 10 15 - Fax : 04 67 45 03 89  
Mail : [montpellier@inopath.fr](mailto:montpellier@inopath.fr)

**INOPATH Sérignan**  
Route de Valras  
34410 SERIGNAN  
Tel : 04 67 62 64 81 - Fax : 04 67 62 09 76  
Mail : [secretariat.serignan@inopath.fr](mailto:secretariat.serignan@inopath.fr)

**INOPATH Albi**  
Clinique Claude Bernard, 1 rue Père Colombier, 81000 ALBI  
Tel : 05 63 77 78 91 - Fax : 05 63 77 78 98  
Mail : [secretariat.albi@inopath.fr](mailto:secretariat.albi@inopath.fr)

**INOPATH Pôle dépistage Montpellier**  
90 rue Nicolas de Chedeville  
34075 MONTPELLIER  
Tel : 04 67 20 79 49 - Fax : 04 67 20 79 09  
Mail : [poledepistageccu@inopath.fr](mailto:poledepistageccu@inopath.fr)

**INOPATH Castres**  
20 bd Maréchal Foch  
81100 CASTRES  
Tel : 05 63 51 40 80 - Fax : 05 63 51 40 89  
Mail : [secretariat.castres@inopath.fr](mailto:secretariat.castres@inopath.fr)

**INOPATH Agen**  
Clinique Esquirol / Saint Hilaire, 1 rue du Dr et Me Delmas, BP 19, 47002 AGEN CEDEX  
Tel : 05 53 77 65 47 - Fax : 05 53 87 79 21  
Mail : [secretariat.agen@inopath.fr](mailto:secretariat.agen@inopath.fr)

**INOPATH Vernouillet**  
16 Rue Du Val De Seine  
78540 VERNOUILLET  
Tel : 01 39 75 48 95

Retrouvez-nous sur [inopath.fr](http://inopath.fr)

## BESOIN DE MATÉRIELS

☞ Vos prélèvements passent par l'intermédiaire d'un laboratoire de Biologie Médicale

Adressez votre demande de matériel à votre Laboratoire de Biologie Médicale, celui-ci vous approvisionnera directement.

☞ Vos prélèvements sont directement transmis au Pôle de Dépistage par coursier Inopath

Adressez votre demande de matériel à votre laboratoire INOPATH par mail ou par fax.  
La demande de matériel est téléchargeable sur notre site <https://inopath.fr/> dans votre espace professionnel.

### CADRE RÉSERVÉ INOPATH

Date de réception : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Heure de réception : \_\_\_\_\_      Par : \_\_\_\_\_  
 Nombre de flacons BD : \_\_\_\_\_      Nombre de lames : \_\_\_\_\_  
 **Non conforme** - Motif : \_\_\_\_\_