

DEMANDE D'EXAMEN

Service de Cytologie Gynécologique

Réservé LNS

Date d'entrée :

N° :

Date d'application 01/08/2025

DATE DE PRÉLÈVEMENT :	Heure de prélèvement :
Données patient :	
Nom de naissance :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance :	
Caisse maladie :	
<input type="checkbox"/> CNS → Matricule :	
<input type="checkbox"/> Caisse privée → N° d'affiliation :	
Adresse valide :	
.....	
.....	

<input type="checkbox"/> URGENT
Cachet et signature du prescripteur :

ANALYSE(S) À EFFECTUER		
<p>Pot ThinPrep (Possibilité Tube Aptima « vert » uniquement pour HPV)</p> <p><input type="checkbox"/> CYTOLOGIE + HPV*</p> <p><input type="checkbox"/> CYTOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> HPV*</p> <p><small>*HPV Haut risque + génotypage 16 et 18/45 si positif</small></p>	<p><input type="checkbox"/> CHLAMYDIA TRACHOMATIS/ NEISSERIAE GONORRHOEAE (Test combiné)</p> <p><input type="checkbox"/> MYCOPLASMA GENITALIUM</p> <p><input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALIS</p>	<p>Tube Aptima Multitest « orange »</p> <p><input type="checkbox"/> CANDIDA VULVO-VAGINALE</p> <p><input type="checkbox"/> VAGINOSE BACTERIENNE</p> <p><input type="checkbox"/> HERPES SIMPLEX 1 & 2</p>

Matériel transmis :
<input type="checkbox"/> Frottis Pot ThinPrep <input type="checkbox"/> Frottis conventionnel <input type="checkbox"/> Tube APTIMA vert <input type="checkbox"/> Tube APTIMA Multitest orange

Origine :	<input type="checkbox"/> Vulvaire	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Endocervical	<input type="checkbox"/> Endométrial
	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Pénien	<input type="checkbox"/> Urétral	<input type="checkbox"/> Buccal	

Vaccination HPV :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Vaccin Gardasil 9	<input type="checkbox"/> Vaccin autre à préciser :
--------------------------	------------------------------	------------------------------	--	--

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	Date des dernières règles :
<input type="checkbox"/> Ménopause <input type="checkbox"/> Traitement hormonal <input type="checkbox"/> Anovulatoire <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Aménorrhée	<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Remaniement du col <input type="checkbox"/> Métrorragies
	<input type="checkbox"/> Leucorrhées <input type="checkbox"/> Conisation <input type="checkbox"/> Hystérectomie totale <input type="checkbox"/> Hystérectomie subtotale
	<input type="checkbox"/> Lasérothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie

CONTEXTE CLINIQUE/REMARQUES MEDECINS :

Réservé LNS

Le patient consent au traitement de ses données conformément à la RGDP. Il consent à l'utilisation de ses échantillons pour contrôler la validité de réactifs et des méthodes d'essai, conformément à la réglementation en vigueur concernant les diagnostics in vitro. En cas de non consentement le patient doit en faire clairement le refus.

Les informations et conditions pré-analytiques de prélèvement sont décrites dans le Manuel de prélèvement et prestations disponible sur le site www.lns.lu

Laboratoire national de santé | **Service de Cytologie Gynécologique**

1, rue Louis Rech – L-3555 Dudelange

Tél : 28 100-451 | 28 100-454 | 28 100-477 | Fax : 28 100-452 | Mail : cytologie@lns.etat.lu | www.lns.lu