

Centre National de Référence Papillomavirus ; Pr. Jean-Luc Prétet

Service demandeur		Patient	
Hôpital/Laboratoire : Service : Médecin : Adresse : Tel : / Fax :		Nom usuel : Nom de naissance : Prénom : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : / / Adresse :	
Prélèvement			
Date du prélèvement :		Type : <input type="checkbox"/> Frottis Phase Liquide <input type="checkbox"/> Ecouvillon <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Sang/plasma <input type="checkbox"/> Autre :	
Milieu de transport :			
Motif de la demande :			
ANOGENITAL		ORL	CUTANÉ
<input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> Cavité buccale <input type="checkbox"/> Larynx	Localisation :
Renseignements cliniques			
Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nombre de SA :			
Ménopause : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, DDR :			
Contraception : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Hormonale <input type="checkbox"/> DIU			
Vaccination HPV : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cervarix <input type="checkbox"/> Gardasil4 <input type="checkbox"/> Gardasil9, Nombre d'injections : / Année :			
Immunosuppression : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Corticothérapie <input type="checkbox"/> Autre :			
Cancer associé aux HPV : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Localisation : Contexte (diagnostic, suivi...) :			
Renseignements concernant un prélèvement du col de l'utérus			
Cytologie : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Modification bénigne : <input type="checkbox"/> Condylome		<input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> Adénocarcinome <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> Adénocarcinome <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> Carcinome malpighien	
Histologie : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Condylome		<input type="checkbox"/> CIN bas grade <input type="checkbox"/> Adénocarcinome <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> CIN haut grade, préciser si connue : <input type="checkbox"/> Adénocarcinome <input type="checkbox"/> Carcinome malpighien	
Traitement chirurgical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Année : , Type :			
Renseignements concernant un prélèvement anogénital			
Cytologie/Histologie : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Condylome <input type="checkbox"/> Néoplasie intra-épithéliale, grade : <input type="checkbox"/> Carcinome invasif <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde <input type="checkbox"/> Adénocarcinome <input type="checkbox"/> Maladie de Bowen <input type="checkbox"/> Papulose Bowenoides <input type="checkbox"/> Autre, préciser :			
Traitement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Année : , Type :			
Renseignements concernant un prélèvement ORL			
Indication : <input type="checkbox"/> Hyperplasie épithéliale focale <input type="checkbox"/> Papillomatose <input type="checkbox"/> Leucoplasie <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autre, préciser :			
Traitement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Année : , Type :			
Renseignements concernant un prélèvement cutané			
Indication : <input type="checkbox"/> Verrues, type : <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Suspicion d'épidermodysplasie verruciforme <input type="checkbox"/> Syndrome dysimmunitaire <input type="checkbox"/> Autre, préciser :			
Traitement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Année : , Type :			

Fiche à joindre au prélèvement et à envoyer à l'adresse suivante :

Par COURRIER POSTAL :

CNR Papillomavirus - Laboratoire de Biologie Cellulaire et Moléculaire
PC-BIO, Bâtiment Bleu, Niveau +2 | CHRU Jean Minjoz
3, Boulevard Fleming, 25 030 BESANCON CEDEX

OU

Par TRANSPORTEUR / CHRONOPOST :

CNR Papillomavirus - Magasin Cancéro Biologie
PC-BIO, Bâtiment Bleu, Niveau -2 | CHRU Jean Minjoz
Rue Charles Bried, 25 030 BESANCON CEDEX

Tél. : 03 70 63 25 19 - Fax : 03 70 63 24 60 - Courriel : cnrhpv@chu-besancon.fr