

DEMANDE D'EXAMEN COLPOSCOPIQUE

- NOM, Prénom :

- Date de naissance :

- Numéro de téléphone :

- Email :

- Médecin prescripteur :

- Antécédents :

- Ménopausée : OUI NON

- Pathologie cervicale / vaginale : OUI NON
précisez

- Traitement cervical : OUI NON

- Type de traitement : Laser Conisation Hystérectomie

- Date du traitement :

- Indication de la colposcopie :

Anomalie clinique : OUI NON

- Résultat du dernier frottis / test HPV :

- Informations complémentaires :

**Ce formulaire, bien rempli doit être adressé à l'adresse mail suivante :
secretariat.gynecologie@chsf.fr**

Veuillez joindre à votre demande d'examen, tous les documents dont vous disposez, courriers, résultats de frottis ou test HPV antérieurs, compte-rendu opératoires.

À l'issue de l'étude de votre demande et si celle-ci est validée, vous serez contactée par le secrétariat de gynécologie pour convenir d'un RDV. Vous recevrez alors votre convocation ainsi qu'une fiche d'information.

Un complément d'information peut vous être demandé. Si une consultation de gynécologie est nécessaire avant la pratique de la colposcopie, le secrétariat vous proposera un RDV avec l'un des médecins du service.

INDICATIONS DE LA COLPOSCOPIE

1- PATIENTES SANS ANTÉCÉDENTS D'ANOMALIE CERVICALE

A - Entre 25 et 29 ans :

- Cytologie LSIL / HSIL / ASC H**
- Cytologie ASCUS / AGC et test HPV positif**

B - Après 30 ans :

- Test HPV positif avec cytologie reflexe anormale ASCUS / LSIL / HSIL / ASC-H / AGC**
- Test HPV positif deux fois de suite**

2- PATIENTES AVEC ANTÉCÉDENTS : IDEM QUE LES PATIENTES SANS ANTÉCÉDENTS +

- Test HPV positif persistant**
- Lésion de bas grade (CIN 1) persistante**
- Test HPV positif après traitement par laser ou conisation**

3- PATIENTE VIH CYTOLOGIE ANORMALE

4- SURVEILLANCE DYSPLASIES VAGINALES

5- SIGNES CLINIQUES À VALIDER EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE ?