

# PRELEVEMENT GYNECOLOGIQUE



36 rue de Lausanne  
1201 GENEVE  
info@espace-lab.ch

Date du prélèvement :  
Prescripteur et tampon :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Réf. interne :

Date de naissance :  (jj.mm.aaaa)

Adresse (N°, rue) :

Code Postal :  Ville :

Email ou Tél.:

N° Assuré(e) :

Assurance :

Externe  Hospitalisé

## Résultat

**Urgent**  Par Fax   
Par téléphone  Par Email

## Facturation

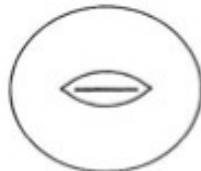
Patiente   
Autre débiteur : \_\_\_\_\_

Traitement : Contraceptif  DIU  Hormones  Rx/Chimithérapie

Date des D.R. / ménopause : \_\_\_\_\_

## Matériel à examiner

Frottis   
Biopsie



## Localisation

Endocol   
Exocol   
Vagin   
Vulve

## Renseignements Cliniques

Si ASCUS avant 30 ans ou LSIL : CINtec

Détection HPV  Si atypies uniquement

Autres recherches Biologie Moléculaire : \_\_\_\_\_