



ARGOT Lab

Département de Cytopathologie

Rue du Liseron 5 Tél. 021 614 80 00

1006 Lausanne Fax 021 614 80 01

DEMANDE D'EXAMEN CYTOLOGIQUE

NOM

NOM de jeune fille

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE, RUE, N°

N° POSTAL, LOCALITÉ

TÉL. DOMICILE

Résultat

Facturation

URGENT

À rendre pour le / /

Réponse par téléphone Réponse par fax

Patiente

Hôpital

Médecin

Assurance

Traitement: Contraceptif DIU hormones Rx-/chimiothérapie

Date des D.R./ménopause:

Matériel à examiner

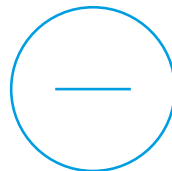
Localisation

Endocol

Exocol

Vagin/Dôme

Vulve



Renseignements cliniques



Détection HPV Oui Non Si atypies

Détection Chlamydia

Détection HPV mRNA

Copie de résultat à:

Date:

Signature: