

## Requête de tests pour le virus du papillome humain (VPH) et de cytologie – Coloscopie de suivi des anomalies liées au dépistage du cancer du col de l'utérus

- Veuillez suivre les recommandations du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les épisodes de soins de coloscopie. Les recommandations peuvent être consultées à l'adresse suivante : <http://santeontario.ca/OCSPcoloscopie>.
- Cette requête n'est pas destinée aux personnes ayant des symptômes de cancer du col de l'utérus et qui sont orientées vers une coloscopie pour des indications autres que le dépistage.
- Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ou les tests de la voûte vaginale effectués en gynécologie, veuillez remplir une requête pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Ne pas répéter le test de VPH ou de cytologie lors de la coloscopie initiale.

### Informations sur le coloscopiste

Numéro CPSO ou CNO :

Numéro de facturation du praticien :

Nom de famille :

 Deuxième prénom :  
 (facultatif)

Prénom :

Adresse :

Télécopieur : ( ) Téléphone : ( )

**Envoyer une copie à :** Fournisseur de soins primaires

Nom de famille :

Prénom :

 Adresse :  
 (facultatif)

Télécopieur : ( ) Téléphone : ( )

### Indication pour la coloscopie et les tests requis

(veuillez cocher UNE case) :

#### A. Co-test (test VPH et cytologie)

- Co-test 12 mois après la coloscopie initiale lorsqu'une lésion intra-épithéliale malpighienne de haut grade (HSIL) non détectée
- Co-test de suivi post-traitement pour HSIL ou adénocarcinome in situ (AIS)
- Co-test pour examen de la voûte vaginale
- Co-test après un résultat de test VPH non valide et une cytologie insatisfaisante ou insuffisante

#### B. Test VPH seulement

Résultat invalide du test VPH avec cytologie satisfaisante

#### C. Test de cytologie seulement

Référé sans résultat cytologique dans les 6 mois précédents ou après un résultat de test VPH valide avec un résultat cytologique insatisfaisant

### Identification de la personne (Entrer l'information qui apparaît sur la carte Santé ou remplacez par un autocollant.)

Nom de famille :

 Deuxième prénom :  
 (facultatif)

Prénom :

 Date de la référence pour la coloscopie :  
 aaaa / mm / jj

 Date de naissance :  
 aaaa / mm / jj

Sexe : Masculin Féminin

 Numéro  
 de carte Santé :

 Version  
 de carte Santé :

### Coordonnées de la personne

(Adresse postale et numéro de téléphone.)

 Bâtiment /  
 numéro de rue :

Nom de rue :

 Numéro  
 d'unité :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone : ( )

 Poste :  
 (facultatif)

Type : Domicile Travail Cellulaire

### Échantillon

Site : Cervical/endocervical Vaginal Double col de l'utérus

Considérations particulières pour l'interprétation de la cytologie :

Dispositif intra-utérin (DIU)

Post-partum

Grossesse

 Thérapie hormonale de la  
 ménopause (THM)

Hystérectomie-subtotale

 Thérapie hormonale liée à la  
 transition

Post-ménopause

 Date de prélèvement de l'échantillon :  
 (aaaa/mm/jj)

 Dernières règles (premier jour) :  
 (aaaa/mm/jj)

### Informations cliniques

### Vérification du requérant

Signature du requérant :

 Date :  
 (aaaa/mm/jj)