

Estampe  
Provenance/unité  
de soins

## CYTOLOGIE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FROTTIS ANTÉRIEUR  OUI  NON

- ROUTINE  
 CONTRÔLE  
 CONTRÔLE D'ASCUS  URGENT  
 COLPOSCOPIE  
 AUTRES : \_\_\_\_\_

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Ville :  
# Dossier :  
# RAMQ :

Médecin :

NBRE LAMES : \_\_\_\_\_

NBRE RÉCIPIENTS : \_\_\_\_\_

### GYNÉCOLOGIQUE

### SECTION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER

Source de prélèvement :

VCE  CE  C  VAGINAL  VULVE  COL RESTANT (Hystérectomie subtotale) AUTRES : \_\_\_\_\_

DATE DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DURÉE DU CYCLE : \_\_\_\_\_ jours

GROSSESSE DE \_\_\_\_\_ sem.  HORMONOTHÉRAPIE  MÉNOPAUSÉE  
 POST-PARTUM DE \_\_\_\_\_ sem.  CONTRACEPTIF INTRA-UTÉRIN  HYSTÉRECTOMISÉE

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

EXAMEN NORMAL  POLYPE ENDOCOL  MONILIA  
 SAIGN.POST-MÉNOP.  STÉNOSE DU COL  TRICHOMONAS  
 ATROPHIE  COL FRIABLE  H.P.V.  
 MENSTRUÉE  PROLAPSUS UTÉRIN  HERPÈS  
 LEUCORRHÉE  ECTROPION  IVG

### COLPOSCOPIE

COLPO :  NORMALE  ANORMALE  
CLINIQUE :  BAS GRADE  HAUT GRADE  
POST-TX :  BAS GRADE  HAUT GRADE  
ANSE DIATHERMIQUE   
CONISATION

### CLINIQUE/COMMENTAIRES :

RADIO TX  CHIMIO TX

ASPECT RADIOLOGIQUE :

SITE DE LA LÉSION :

### NON-GYNÉCOLOGIE

#### SYSTÈME RESPIRATOIRE

EXPECTORATIONS  GAUCHE  
 ASPIRATIONS SÉCRÉTIONS  
 BROSSAGE BRONCHIQUE  DROIT  
 LAVAGE BRONCHIQUE  
 LAVAGE ALVÉOLAIRE

EBUS \_\_\_\_\_

#### SYSTÈME URINAIRE

MICTION SPONTANÉE  BX AIGUILLE  
 CATHÉTER FINE DU REIN  
 RECHERCHE D'ÉOSINOPHILES  DROIT  
 GAUCHE

#### SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

OESOPHAGE  BROSSAGE  
 ESTOMAC  LAVAGE  
 ANUS

#### LIQUIDES BIOLOGIQUES

PLEURAL  PÉRITONÉAL  
 PÉRICARDIQUE  GOUTT.PARA COLIQUE  
 L.C.R.  CUL DE SAC DOUGLAS  
 SYNOVIAL  MAMELONNAIRE  
 GAUCHE  DROIT

#### CYTOPONCTIONS À L'AIGUILLE FINE

SEIN  KYSTE  
 THYROÏDE  MASSE  
 POU MON (BTT)  
 GANGLION  
 GLANDE SALIVAIRE  GAUCHE  
 AUTRES : (préciser)  DROIT

### DIVERS

RECHERCHE D'HERPÈS (TZANCK)  FROTTIS DE CONTACT

### SECTION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER

Signature du médecin (lisible ou estampe) : \_\_\_\_\_

No. de licence

DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Copie de rapport à : \_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE DE CYTOLOGIE**

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Adéquat limité par :	<input type="checkbox"/> Non satisfaisant
<input type="checkbox"/> Abs.mat. zone transf.	<input type="checkbox"/> Acellulaire	<input type="checkbox"/> Abs. rens clin. ou incomplet	<input type="checkbox"/> Contamination non spécifique
<input type="checkbox"/> Inflammation	<input type="checkbox"/> Séché	<input type="checkbox"/> Abs. macrophage alvéolaire	<input type="checkbox"/> Abs. cell. urothéliale
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Fixation inadéquate	<input type="checkbox"/> Prédominance salivaire	<input type="checkbox"/> Cont. génitale abondante
<input type="checkbox"/> Hypocellulaire	<input type="checkbox"/> Étalement trop épais	<input type="checkbox"/> Abs. cell. épithéliale	

DIAGNOSTIC DESCRIPTIF GYNÉCOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> Frottis normal, absence de lésion intra-épithéliale ou néoplasique	
<input type="checkbox"/> Changements cellulaires bénins réactionnels	<input type="checkbox"/> Micro-orgnisme compatible avec :	
<input type="checkbox"/> Type inflammatoire	<input type="checkbox"/> Candida albicans	<input type="checkbox"/> Vaginose
<input type="checkbox"/> Réparation	<input type="checkbox"/> Spores de mycose	<input type="checkbox"/> Herpès
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Compatible phase menstruelle	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Prés. cell. gland. dans contexte de post-hystérec.	<input type="checkbox"/> Prés.de cell. endométriales chez une femme de 45 ans ou plus	

ALTÉRATIONS POUR LESQUELLES UN SUIVI EST RECOMMANDÉ	<input type="checkbox"/> A.C.E.S.I.	<input type="checkbox"/> ASC-H.
<input type="checkbox"/> L.I.E.B.G.	<input type="checkbox"/> L.I.E.H.G.	<input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde
<input type="checkbox"/> L.I.E.B.G. ASC-H	<input type="checkbox"/> L.I.E.H.G. avec possibilité invasion	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome
<input type="checkbox"/> Cell. gland. atypiques	<input type="checkbox"/> C. gland. atyp. poss. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Adéno. endocervical in situ
<input type="checkbox"/> Cell. gland. atyp. endocervicales	<input type="checkbox"/> C. gland. atyp. endocervicales poss. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome endocervical
<input type="checkbox"/> Cell. gland. atyp. endométriales	<input type="checkbox"/> C. gland. atyp. endométriales poss. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome endométrial
<input type="checkbox"/> Adéno. d'origine extra-utérine	<input type="checkbox"/> Présence de cellules néoplasiques malignes	<input type="checkbox"/> Pathologie endométriale à éliminer

DIAGNOSTIC DESCRIPTIF NON GYNÉCOLOGIQUE		<b>Poumons</b>	<b>Leucocytes</b>
<input type="checkbox"/> Abs. crit. cytol. malignité	<b>Urines</b> <input type="checkbox"/> Abs.crit.cytol.ca.uroth. haut grade <input type="checkbox"/> Cell. uroth. atyp. (AUCUS) <input type="checkbox"/> Cell. uroth atyp. de signif. incertaine <input type="checkbox"/> Cell. uroth. suspect HG (AUC-H) <input type="checkbox"/> Néoplasie uroth. de bas grade <input type="checkbox"/> Cell. urothéliales A-R-D <input type="checkbox"/> Cristaux <input type="checkbox"/> Contamination génitale <input type="checkbox"/> Spermatozoïdes <input type="checkbox"/> Bactéries <input type="checkbox"/> Substance amorphe <input type="checkbox"/> Squames	<input type="checkbox"/> Cellules endobronch. A-R-D	<input type="checkbox"/> Exsud. Infl. L-M-I
<input type="checkbox"/> Atypies cellulaires sévères		<input type="checkbox"/> Hyperplasie cell. réserve	<input type="checkbox"/> Leucocytes
<input type="checkbox"/> Suspect de néoplasie		<input type="checkbox"/> Cellules malpighiennes A-R-D	<input type="checkbox"/> Prédominance :
<b>Général et autres</b>		<input type="checkbox"/> Métaplasie épidermoïde A	<input type="checkbox"/> Neutrophiles
<input type="checkbox"/> Sang		<input type="checkbox"/> Aspergillus	<input type="checkbox"/> Éosinophiles
<input type="checkbox"/> Nécrose		<input type="checkbox"/> Actinomyces	<input type="checkbox"/> Lymphocytes
<input type="checkbox"/> Sugg. infect. mycotique- virale		<input type="checkbox"/> Corps ferrugineux	<input type="checkbox"/> Lymph. atypiq.
<input type="checkbox"/> Tissus conj. adipeux		<input type="checkbox"/> Crist.de charcot leyden	<input type="checkbox"/> Plasmocytes
<input type="checkbox"/> Compatib. contenu kystique		<input type="checkbox"/> Cellules épithéioïdes	<input type="checkbox"/> Macrophages
<input type="checkbox"/> Candida albicans		<input type="checkbox"/> Pneumocystis Carinii	<input type="checkbox"/> Sidérophages
<input type="checkbox"/> Herpès		<input type="checkbox"/> Décompte cellulaire	<input type="checkbox"/> Histiocytes
<input type="checkbox"/> Corps de psammomes		<input type="checkbox"/> Inadéquat pour décompte	<input type="checkbox"/> Popul. mixte lymph
<input type="checkbox"/> Calcifications		<input type="checkbox"/> Cont. muqueuse bronchique	
<input type="checkbox"/> Changement cell.radio tx		<input type="checkbox"/> Mat. ganglionnaire PRES-ABS	
<input type="checkbox"/> Changement cell.chimio tx		<b>Malin</b>	
<input type="checkbox"/> Cell. épithéliales A-R-D	<b>Thyroïdes</b>	<input type="checkbox"/> Prés. de cell. néoplasiques	<input type="checkbox"/> Carc.papillaire
<input type="checkbox"/> Cellules spumeuses	<input type="checkbox"/> Non diagnostique	<input type="checkbox"/> Adénocarcinome	<input type="checkbox"/> Mésothéliome
<input type="checkbox"/> Cell. myoépithéliales	<input type="checkbox"/> Bénin	<input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde	<input type="checkbox"/> Car. pauv. différ. non à petites cellules
<input type="checkbox"/> Cell. glandulaires A-R-D	<input type="checkbox"/> Lésion/atyp. foll. signif. indéter.	<input type="checkbox"/> Car. indiff. à petites cellules	<input type="checkbox"/> Autres _____
<input type="checkbox"/> Métaplasie apocrine A-R-D	<input type="checkbox"/> Néopl. folliculaire/oncocyttaire	<input type="checkbox"/> Car. Uroth.de haut grade	
<input type="checkbox"/> Cell. mésothéliales A-R-D	<input type="checkbox"/> Suspect de malignité		

RELANCE	<input type="checkbox"/> Bx chirurgicale (histo.conventionnelle)	REMARQUES
<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Corrélaiton investigation clinique	
<input type="checkbox"/> Si clin.indiqué	<input type="checkbox"/> Selon indication clinique	
<input type="checkbox"/> Cell endom. 45 ans +	<input type="checkbox"/> Thyroïde non dx	
<input type="checkbox"/> ACESI	<input type="checkbox"/> Thyroïde lésion/atyp. Signif.indéter.	
<input type="checkbox"/> Invest./dep.gynéco.	<input type="checkbox"/> Thyroïde Néoplasie folliculaire/oncocyt.	
<input type="checkbox"/> À contrôler après tx : _____	<input type="checkbox"/> Thyroïde suspect/malin (cont.chirurg.)	
<input type="checkbox"/> À reprendre		
<input type="checkbox"/> À reprendre si clin. indiqué		
		Initiales : Cytol. _____ Pathol. _____