

NLAB

Facture à :  Patient  Requérant  Autre:

Prélèvement : date et heure

Jour  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  
 16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31

Mois  Janv.  Févr.  Mars  Avril  Mai  Juin  Juillet  Août  Sept.  Oct.  Nov.  Déc.

Heure  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  
 12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23

Minute  5  10  15  20  25  30  35  40  45  50  55

Copies à d'autres requérants :

Diagnostic bilingue

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

LOCALISATION

- EXO-ENDOCOL (FE)  
 VAGIN (FV)  
 VULVE (FU)  
 ANUS (FA)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières règles : 1<sup>er</sup> jour le \_\_\_\_\_ Cycle de \_\_\_\_\_ jours

Ménopause

Année: \_\_\_\_\_

Traitement hormonal : Type : \_\_\_\_\_

DIU

Traitement chirurgical

Radiothérapie

Chimiothérapie

Grossesse

Post-partum

Patiente vaccinée anti-HPV

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

CHLAMYDIAE PAR PCR (CTP)

GONOCOQUES PAR PCR (NGP)

HERPES PAR PCR (HEP)

TYPISATION HPV (HPV) PAR PCR

en cas de :

Cytologie positive

ASC-US

LSIL

HSIL

d'office

Signature ou cachet du médecin: \_\_\_\_\_

Secrétariat de cytologie  
T. +41 (0)27 603 47 60  
ich.labo.cytologie@hopitalvs.ch

Arzt / Abteilung

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4760 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martnach, Riviera-Chablais.

**NLAB**

Rechnung an:  Patient  Einsender  Andere:

**Datum und Zeit der Probenentnahme**

Tag  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  
 16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31

Monat  Jan  Feb  März  Apr  Mai  Jun  Jul  Aug  Sept  Okt  Nov  Dez

Stunde  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  
 12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23

Minute  5  10  15  20  25  30  35  40  45  50  55

**PATIENT**  
Name :  
Vorname :  
Adresse :  
PLZ / Ort :  
Geburtsdatum :  
Geschlecht :

Kopien an andere Auftraggeber:

Zweisprachige Diagnose

**LOKALISATION**

- EKTO-ENDO (FE)
- VAGINA (FV)
- VULVA (FU)
- ANUS (FA)

**KLINISCHE ANGABEN**

LMD: 1. Tag am \_\_\_\_\_ Zyklus von \_\_\_\_\_ Tagen

- Menopause Jahr: \_\_\_\_\_
- Hormonbehandlung: Typ: \_\_\_\_\_
- Spirale
- Chirurgie  Strahlentherapie  Chemotherapie
- Schwangerschaft
- Post partum
- Patientin mit HPV-Impfung

**ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN**

- CHLAMYDIAE MITTELS PCR (CTP)
- GONOKOKKEN MITTELS PCR (NGP)
- HERPES MITTELS PCR (HEP)

**HPV-TYPISIERUNG (HPV) MITTELS PCR**

im Fall von:

- positiver Zytologie
- ASC-US
- LSIL
- HSIL
- auf jeden Fall

Unterschrift oder Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_

Sekretariat Zytologie  
T. +41 (0)27 603 47 60  
ich.labo.cytologie@hopitalvs.ch