

DEPISTAGE DU CANCER ANAL

HPV et/ou CYTOLOGIE

Nom du préleveur :

Date du prélèvement ET heure

Nature du prélèvement

☐ Cellules épithélium anal (écouvillon ou brosse) dans milieu de transport **Preservcyt/Thinprep (Hologic)** pour test HPV et cytologie réflexe si positif = **prélèvement indiqué d'après les recommandations de la SNFCP**

☐ *Si autoprélèvement (non conseillé d'après les recommandations de la SNFCP), attention : seuls les milieux eNAT ou UTM sont validés pour le test HPV utilisé et la cytologie n'est pas réalisable sur ces milieux*

DEMANDE DE RECHERCHE D'HPV par PCR

(Toute PCR HPV positive est envoyée en Anatomie-cytopathologie systématiquement = cytologie réflexe)

- ☐ Dépistage du cancer anal
- ☐ Suivi test HPV+ et cytologie (indiquer le résultat de la cytologie et l'année).....
- ☐ Suivi après traitement d'une HSIL

DEMANDE DE CYTOLOGIE (Anatomo-cytopathologie)

- ☐ Cytologie même si PCR HPV négative
- ☐ Suivi : préciser :

Renseignements cliniques

- ☐ Population à risque : préciser.....
- ☐ Antécédents de lésion/cancer génital : préciser
- Autre :

Vaccination anti-HPV ☐ non
☐ oui

☐ Gardasil 9
☐ Gardasil
Nombre d'injections :

Opposition à l'analyse des résultats à des fins épidémiologiques et de santé publique (anonymisation) :

☐ NON ☐ OUI

 CENTRE HOSPITALIER ANGOULÊME Rond-Point de Girac CS 55015 Saint-Michel 16959 ANGOULÊME CEDEX 9 GHT de Charente Groupement Hospitalier de Territoire	BD 15189	Référence : B-PRE-PLV-FO-BM
	FORMULAIRE	Version : V1
	Fiche de Renseignement dépistage du cancer anal	Page 2 sur 2

Service : LABORATOIRE

Rédaction : TESSIER Xavier 10/04/2025	Validation : CHARBONNEAU Valérie 10/04/2025	Approbation : RAQ ou suppléant BERNARD Frédéric 10/04/2025 
Destinataires : B / C / T/ S / AL		

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Version	Nature de la modification	Date		
		Validation	Approbation	mise en Application
V1	Ecriture	10/04/2025	10/04/2025	10/04/2025