

Colposcopie	Visite	Date: ___/___/___
Numéro de dossier de la patiente: _____	Résultat du test de dépistage: _____	
Nom de la patiente: _____	_____	
Initiales de la patiente: _____	Symptômes: _____	
Date de naissance de la patiente: ___/___/___	_____	
Adresse de la patiente: _____	_____ _____ _____	

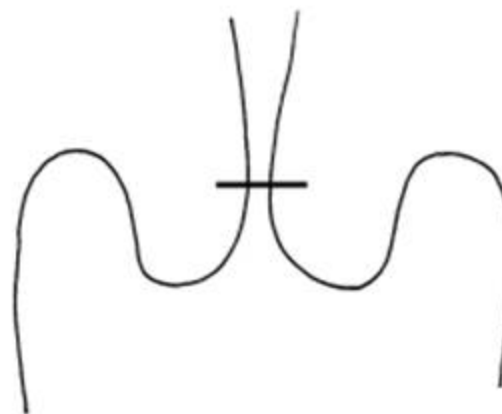
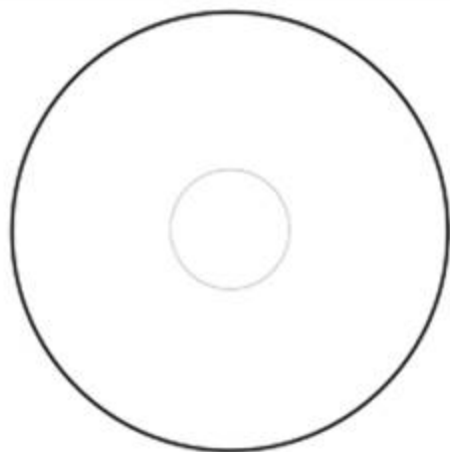
Examen colposcopique

Classification de la ZR: (1. Type 1; 2. Type 2; 3. Type 3)

Taille de la ZR: (1. Etendue; 2. Petite)

Avis colposcopique: (0. Pas de col de l'utérus; 1. Normal; 2. VPH/Inflammatoire/ Bénin; 3. CIN/bas grade; 4. CIN/haut grade; 5. Invasion; 6. Autres; 7. Non réalisé)

Score de Swede



Programme de prise en charge

Rendez-vous pour le suivi: ___/___/___

Date: