

Nom du laboratoire

Adresse du laboratoire

**Demande d'analyse**

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**1. Données concernant la patiente** (Obligatoire – Ne pas laisser de blanc)

Nom de la patiente : (en lettres capitales)	Date de naissance/Âge :	Sexe-
Email : (si disponible)	N° de téléphone fixe/portable	

**2. Renseignements sur l'établissement ou le médecin prescripteur** (Obligatoire – Ne pas laisser de blanc)

Nom du laboratoire/hôpital prescripteur :	Nom du médecin prescripteur :
N° de téléphone du laboratoire/médecin/hôpital :	Email (pour l'envoi du compte-rendu) :
Analyse demandée : test VPH à ADN	Nature du prélèvement : cervical / auto-prélèvement vaginal
	Date & heure du prélèvement :

**3. Données cliniques**

Autres antécédents médicaux
-----------------------------

Signature du médecin  
prescripteur