

Annexe : Modèle de formulaire de dépistage par IVA

5.	La lésion peut-elle être traitée par cryothérapie ? (1. Oui ; 2. Non)	[]
----	---	-----

TRAITEMENT

1.	Thermo-ablation : (1. Pas nécessaire ; 2. Pas adaptée ; 3. Effectuée ; 4. Refusée ; 5; non réalisée pour autre raison)	[]
2.	Problème lors de la thermo-ablation : (1. Aucun ; 2. Douleur ; 3. Autre ; 4. N'a pas pu être terminée)	[]
3.	Prochaine date de suivi :][]	[][]/[][]/[][][]

ORIENTATION

1.	Raison de l'orientation : (1. IVA positive & non éligible à la cryothérapie ; 2. IVA positive, mais cryothérapie non disponible ; 3. Suspicion de cancer)	[]
2.	Patiente adressée à :	

Nom de l'agent de santé/ personnel infirmier

Signature & date