

DEMANDE DE CONSULTATION POUR COLPOSCOPIE

Espace adressographe

1. Coordonnées de l'usagère :

(Complétez si l'information ne se retrouve pas dans l'espace adressographe)

Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 DDN : _____ / _____ / _____ Mère : _____
 RAMQ : _____ Père : _____
 Adresse : _____

2. Coordonnées de l'infirmière :

Nom, prénom : _____ Clinique /CLSC : _____
 Téléphone : _____ Signature : _____

Ci-joint :

- Dernier résultat d'analyse cytologique (obligatoire si disponible)
 Résultat de recherche de VPH oncogène

Acheminer à :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CHUL
Consultations externes – Gynécologie
Fax : 418 577-4686
Téléphone : 418 525-4444 poste 47746 | <input type="checkbox"/> Centre hospitalier Saint-François-d'Assise
Clinique externe de gynécologie
Fax : 418 525-4621
Téléphone : 418 525-4444 poste 54044 |
|---|--|