



<b>Patient</b>	Dossier NIR (DN) (1) .....	Sexe	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	(1)	
	Nom Patronymique (1) .....	Nom Marital (1) .....				
	Prénom(s) (1) .....	Né(e) le .....	/	.....	/	.....

<b>Assuré</b>	Dossier NIR (DN) (2) .....	Sexe	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	(2)	Né(e) le .....	/	.....	/	.....	(2)	
	Nom Patronymique (2) .....	Nom Marital (2) .....										
	Prénom(s) (2) .....	Lien avec le patient	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant								
	Tél. Dom .....	Bureau .....	<input type="checkbox"/> Autre lien .....									
	Adresse géographique .....											
	Adresse Courrier (1) .....											

Signature de l'assuré (2) .....

Employeur : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....

<b>Couverture Sociale</b>	<input type="checkbox"/> RSG (Salariés)	<input type="checkbox"/> RNS (Non Salariés)	<input type="checkbox"/> RSS (Sécurité Sociale)	<input type="checkbox"/> RST (Solidarité Territoriale)	
	Caisse <input type="checkbox"/> CPS	<input type="checkbox"/> ENIM(3)	<input type="checkbox"/> Autres (à préciser).....	<input type="checkbox"/> 20% DS (scolaire et pré-scolaire)	<input type="checkbox"/> 20% ILM
	Régime proposé par le médecin	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Longue maladie (3)	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Accident de travail (3)

Maternité       Autre (à préciser) : .....

Cachet de l'organisme (1) .....	Cachet et Signature du Prescripteur (1) Le.....20..... (1)  N° du Prescripteur (1).....
---------------------------------	--

## Examen Anato-mo-Cyto-Pathologique

Réponse à adresser

au Médecin

au Malade

au Correspondant (préciser nom et adresse) .....

Siège du Prélèvement : .....

Date du Prélèvement : .....

Nature du Prélèvement : .....

Nombre de Cases Cochées :(1).....

FCV       Cytologie       Biopsie       Curetage       Produit d'expulsion

Exérèse       Exérèse complexe       Résection endoscopique       Autres : .....

Renseignements Cliniques : .....

.....

.....

.....

Pour les Frottis CV :

Nombre de Lames : .....

Date des Dernières Règles : .....

Vaginal       Exocervical       Endocervical       Endométrial

CO       DIU       Grossesse       Ménopause       Traitement hormonal

Demande de Matériel : .....

(1) : Renseignement Obligatoire      (2) : Si l'Assuré n'est pas le Patient : Renseignement Obligatoire      (3) : A justifier obligatoirement

**Toute Rature ou Surcharge doit être contresignée**