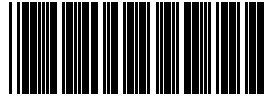


COLPOSCOPIE



DT9107

Nom de l'établissement

A- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

G	P	A	D.D.M. Année	Mois	Jour
Contraception			Raison de la consultation		
Nom du médecin référant			Visite initiale <input type="checkbox"/> Colposcopie de relance <input type="checkbox"/> Séance de traitement <input type="checkbox"/>		

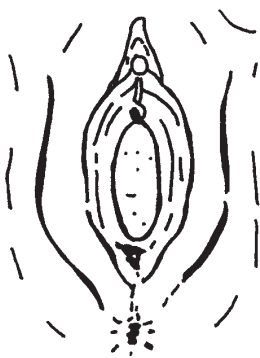
B- EXAMEN COLPOSCOPIQUE

1- Normal 2- Pathologique

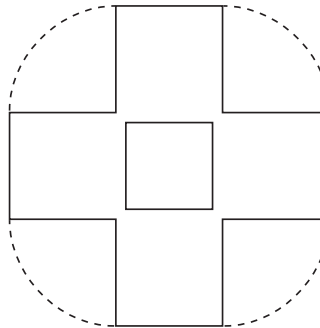
Jonction squamo-cylindrique : Vue Non vue

3- Lésions

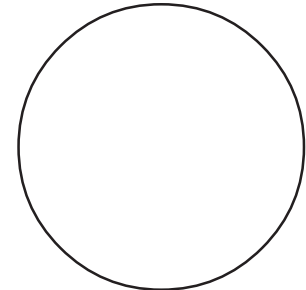
VULVE



VAGIN



COL



Biopsie Préciser _____

Cytologie Préciser _____

Biopsie Préciser _____

Biopsie Préciser _____

Cytologie Préciser _____

Curetage endocervical Préciser _____

4- Impression colposcopique

5- Diagnostic

6- Recommandations

7- Remarques

Colposcopie de contrôle suggérée dans : _____ mois Congé en colposcopie, cytologie suggérée dans : _____ mois

Année Mois Jour

Date

Signature du médecin colposcopiste et n° permis