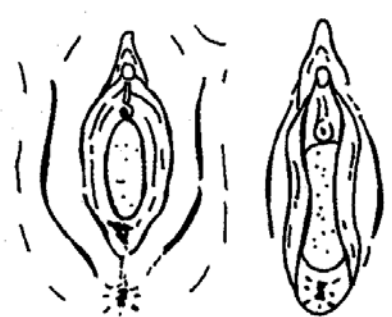
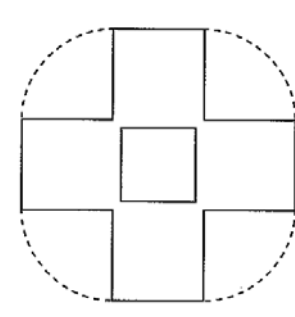
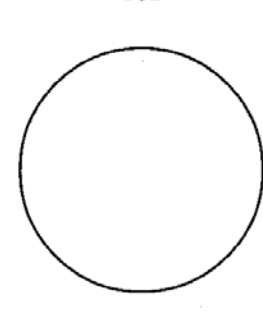



COLPOSCOPIE

Établissement :										
A- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES										
G		P		A		D.D.M. Année	Mois	Jour		
Contraception						Raison de la consultation				
Nom du médecin référent						Visite initiale <input type="checkbox"/> Colposcopie de relance <input type="checkbox"/> Séance de traitement <input type="checkbox"/>				
B- EXAMEN COLPOSCOPIQUE										
1- Normal <input type="checkbox"/>					2- Pathologique <input type="checkbox"/>					
Jonction squamo-cylindrique : Vue <input type="checkbox"/> Non vue <input type="checkbox"/>										
3- Lésions										
VULVE			VAGIN				COL			
										
Biopsie <input type="checkbox"/> Préciser _____			Cytologie <input type="checkbox"/> Préciser _____				Biopsie <input type="checkbox"/> Préciser _____			
			Biopsie <input type="checkbox"/> Préciser _____				Cytologie <input type="checkbox"/> Préciser _____			
							Curetage endocervical <input type="checkbox"/> Préciser _____			
4- Impression colposcopique										
5- Diagnostic										
6- Recommandations										
7- Remarques										
Colposcopie de contrôle suggérée dans : _____ mois						Congé en colposcopie, cytologie suggéré dans : _____ mois				
Année Mois Jour 						Signature du médecin colposcopiste et n° permis _____ Date				