



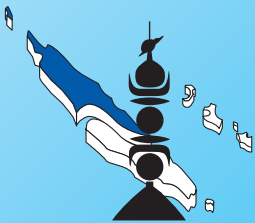
AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE
de la Nouvelle-Calédonie



GOUVERNEMENT DE LA
NOUVELLE
CALÉDONIE



PROVINCE DES ILES LOYAUTÉ



PROVINCE NORD



PROVINCE SUD
NOUVELLE-CALÉDONIE



CAFAT
VOTRE VIE, C'EST NOTRE QUOTIDIEN

invitation

Madame,

L'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie vous invite à :



FAIRE GRATUITEMENT UN FROTIS DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Date limite de validité :

➔ Si vous souhaitez bénéficier de cet examen gratuit :

- Vérifiez que votre carte d'assurée sociale (cafat, aide médicale) est valide à la date de l'examen.
- Prenez rendez-vous avec votre médecin traitant, votre gynécologue ou votre sage-femme habituel.
- Le jour de l'examen, apportez cette lettre.

Ensuite, nous vous enverrons le résultat du frottis ; nous le transmettrons également à votre médecin.

Pour plus d'informations sur ce dépistage, vous pouvez contacter l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie au : **25 07 65**.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Docteur Bernard ROUCHON
Directeur de l'agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie

➔ Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cet examen gratuit, veuillez remplir le bulletin ci-dessous et le renvoyer à l'ASS-NC :

Je ne souhaite pas bénéficier d'un dépistage du cancer du col de l'utérus car :

- J'ai fait mon frottis il y a moins de 2 ans. Date : _____
- Je suis suivie pour un cancer du col de l'utérus ou une anomalie du col
- Je ne suis pas intéressée par le dépistage du cancer du col
- J'ai subi une ablation chirurgicale totale de l'utérus
- Je n'ai jamais eu de rapports sexuels
- Autre motif : _____



Signature :

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage de l'ASS-NC et ne peuvent être communiquées qu'à votre médecin traitant ou votre sage-femme. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à l'ASS-NC.

BULLETIN DE REFUS

à renvoyer à
l'ASS-NC
BP P4

Nouméa 98851
16 rue Gallieni
centre ville
fax : 250773
courriel :

depistage.col@ass.nc



Volet réservé au préleveur

et à adresser au laboratoire avec les lames

Préleveur : Gynécologue Généraliste Sage-femme
 Laboratoire d'analyse médicale

Nom du médecin traitant _____

Adresse _____

J'ai informé ma patiente sur le dépistage et son organisation

Cachet du préleveur

à renseigner
obligatoirement

Prélèvements :

Frottis actuel : Date ___/___/___

Répétition d'un frottis non satisfaisant pour l'évaluation : oui non

Frottis précédents : Premier frottis

Frottis précédent : ___/___/___

Date inconnue

Renseignements cliniques :

• Date des dernières règles _____

Grossesse Post-partum Ménopause THS Autre ttt hormonal

DIU classique DIU à la progestérone Implant Contraceptif oral Contraceptif local

• Suspicion clinique de cancer invasif du col : _____

• Antécédent de lésions cervicales : _____

• Etat du col (aspect colposcopique, IST, HPV, ...): _____

• Nombre de lames réalisées : _____

Commentaires : _____



Volet réservé au laboratoire d'anatomo-cytopathologie

et à adresser à l'ASS-NC , BP P4 - 98581 Nouméa cedex

N° Cytologie _____ Date ___/___/___

Cachet de l'anatomopathologiste

à renseigner
obligatoirement

Qualité du prélèvement :

Satisfaisant

Non satisfaisant pour l'évaluation

Observations : _____

Résultats :

Normal - absence de lésion intra-épithéliale ou maligne

Inflammation non spécifique - frottis de contrôle demandé : oui non

Inflammation spécifique : trichomonas, herpès, mycose, de type gardnerella, autre

ASCUS

ASC-H

AGUS/AGC

Bas grade ± inflammation virale

Haut grade ± inflammation virale

Carcinome invasif