



Association Meusienne  
de Prévention Médicale  
31, rue du Four  
55 000 BAR-LE-DUC

## Campagne de Dépistage du cancer du col de l'utérus : Lettre d'Invitation

Mademoiselle, Madame,

Une campagne pilote de Dépistage du Cancer du Col Utérin est organisée dans le département de la Meuse pour les femmes de 25 à 65 ans, répondant aux critères d'éligibilité (\*\* voir coupon réponse ci-dessous). Le dépistage proposé consiste en la réalisation d'un **frottis cervico-utérin**, lors d'une consultation chez votre médecin traitant ou le gynécologue de votre choix : pour les femmes de **25 à 34 ans** ce frottis sera analysé **par test cytologique**.

Lors de la consultation qui sera prise en charge aux conditions habituelles :

- Présentez ce courrier qui comporte les étiquettes pour identification du test et la fiche de liaison pour le laboratoire (au dos du courrier).
- Le médecin pratiquera si nécessaire l'examen (ou vous le prescrira) : le frottis réalisé sera **totalemtent pris en charge** (hors dépassements des tarifs conventionnels).

Les **résultats** seront envoyés à votre médecin traitant et/ou votre gynécologue.

Si vous ne réalisez pas ce dépistage (non éligibilité\*\*, choix personnel), merci de nous retourner le coupon réponse ci-dessous complété, pour éviter une relance inutile.

Pour en savoir plus, nous vous invitons à lire le **dépliant joint** et à **en parler avec votre médecin**. **Notre équipe reste à votre disposition au 03.29.46.46.00.**

Veuillez croire, Mademoiselle, Madame, à l'expression de nos salutations les meilleures.

Dr Véronique RIVIERE-SIMONET  
Médecin Directeur

Les Partenaires  
du programme



**\*\* Vérifiez votre éligibilité en complétant le questionnaire ci-dessous : si vous cochez une des cases, vous n'êtes pas éligible au dépistage proposé. Dans ce cas, veuillez retourner ce coupon détachable daté et signé, dans une enveloppe sans l'affranchir adressée au :**

Dr V. RIVIERE-SIMONET - AMPM, LIBRE REPONSE 65476, 55019 BAR-LE-DUC CEDEX

- J'ai été traitée pour un cancer du col de l'utérus, date ..... / ..... / .....
- Je suis suivie pour lésions du col de l'utérus
- J'ai fait un frottis depuis moins de 3 ans, date : ..... / ..... / ..... , effectué par .....
- Je n'ai plus d'utérus depuis l'année : ....., le médecin m'a confirmé que je n'avais plus besoin de faire de frottis

Médecin responsable du suivi gynécologique : .....

Je ne souhaite pas participer à la campagne

Date : ..... Signature :

--	--

Identification patiente :

Numéro de téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

(à remplir par vous-même)

FICHE DE LIAISON POUR LE LABORATOIRE

(à remplir par votre médecin)

Cachet du Médecin Préleveur :

Date du prélèvement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Renseignements cliniques :

Antécédents de traitement du col

Non

Oui - merci de préciser :

Laser    Conisation    Hystérectomie sub-totale    Autre :

Vaccination HPV

Non

Oui - merci de préciser :

- le type de vaccin :  Gardasil (HPV16,18,6,11)    Cervarix (HPV16,18)    Ne sait pas

- le nombre d'injections reçues :  1    2    3

Type de frottis réalisé :    Lame    Phase liquide

Autre médecin destinataire du résultat (le cas échéant) : .....

Signature :

Nom ou Cachet du Laboratoire :

Date d'interprétation du frottis : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :