

Formulaire de demande dépistage du cancer du col de l'utérus (HPV ou cytologie)

o Patiente

Dépistage organisé Oui
 Non

Nom * Adresse *
Prénom *
Date de naissance * CP * Ville *
* Champs à remplir obligatoirement Tel./ Email : *

o Facturation:

** Renseigner obligatoirement les informations mutuelle ci-dessous, sauf si dépistage organisé
Vignette mutuelle (autocollant ou remplir en majuscules)
NISS * *

o Médecin prescripteur (cachet)

N° INAMI :
Nom : cachet
Prénom :

Date du prélèvement :/...../.....

o Demande d'analyse

INDICATION DE L'EXAMEN (Voir note d'information):

- Dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du col de l'utérus
 - De 25-29 ans: dépistage primaire par cytologie (1x par 3 années calendrier) avec ou sans test HPV reflexe
 - De 30-64 ans: HPV primaire (1x par 5 années calendrier) avec ou sans cytologie reflexe
 - >65 ans: Test HPV- et/ou cytologie unique pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années
- Suivi** diagnostique ou thérapeutique conformément aux directives (1x/ an)
(Exceptionnellement 2x par année civile *sous réserve de notification « risque élevé temporaire » au médecin conseil, Obligatoire pour le remboursement*)
- Symptômes cliniques: co-testing
Notification avec indication obligatoire au médecin conseil (INAMI).
- Dépistage des patients à haut risque par : cytologie/ HPV/ co-testing
Notification avec indication obligatoire au médecin conseil (INAMI).

Après information, aux frais de la patiente Cytologie HPV co-testing

o Mode (en milieu liquide) et Localisation du prélèvement

vagin Exocol Jonction exo-endocol Endocol

o Renseignements cliniques

Aspect clinique: Col normal Autrement, spécifier
Clinique/ Thérapie : Perte de sang inexplicée
 Hormonothérapie de substitution
 Contraception :
Statut vaccinal: Oui Non

o Commentaires cliniques/ Antécédents

URGENT