

## FORMULAIRE DE DEMANDE EXTERNE DE RECHERCHE ET DE TYPAGE HPV A HAUT RISQUE

**Le prélèvement doit impérativement être réalisé dans un pot ThinPrep®, sans aucun autre additif ! :**

Avez vous ajouté un additif au milieu Thinprep®,  Oui (si oui lequel.....)  Non

<p><b><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette) :</u></b></p> <p><b>Nom :</b>.....</p> <p><b>Prénom :</b>.....      <b>Sexe :</b> F/ M</p> <p><b>Adresse :</b>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Date naissance :</b>.....</p> <p><b>Mutuelle :</b>.....</p> <p><b>NISS :</b>.....</p>	<p><b><u>Identification Médecin(s) prescripteur(s) :</u></b></p> <p><b>Médecin anatomopathologiste :</b> .....</p> <p><b>N°INAMI :</b>.....</p> <p><b>Médecin Prescripteur</b> .....</p> <p><b>N°INAMI :</b>.....</p> <p><b>Signature :</b>.....</p>
---	--

**Date de prélèvement** .....

**Date de prescription** : .....

**TYPE D'ÉCHANTILLON :**

Col -  Vagin -  Autre : précisez .....

**HPV DE DEPISTAGE :**

ASCUS / ASC-H : .....

AGC : .....

Autre motifs (non remboursé) : .....

**HPV DE CONTROLE :**

Cytologie actuellement négative et antécédent : ASCUS / ASC-H / AGC:.....

Présence d'atypies : ASCUS / ASC-H / AGC: .....

Autre motifs (non remboursé) : .....

.....

**HPV SUIVI DE TRAITEMENT :**

Cytologie actuellement négative pour suivi CIN II ou plus : .....

ASCUS / ASC-H / AGC post-traitement : .....

autre motif (non remboursé) : .....