

AANVRAAG screening baarmoederhalskanker (HPV of cytologie)

o Patiënte

Naam *
Voornaam *
Geboortedatum: *
Rijksregisternr: * *
Adres *
Postcode * □ □ □ □ Gemeente *
Tel./ Email : *

* *Verplichte velden*

o Voorschrijvende geneesheer (stempel)

RIZIV-nr. :
Naam :
Voornaam :
Communicatie van resultaten,
Kopieer naar Dr.....

o Facturering :

Mutualiteitsgegevens (vignet kleven of invullen in drukletters)

* * *Verplichte, tenzij screening georganiseerd is*

Datum/uur staalname: / /

☐ **DRINGEND**

o Verzoek om analyse

Georganiseerde screening :

☐ **Van 25-29j:**

Cytologisch

(+ reflex HPV als ASCUS)

1x om de 3 kalenderjaren

☐ **Van 30-64j:**

HPV

(+ reflex cytologie als HPV pos)

1x om de 5 kalenderjaren

☐ **>65j:**

Co-testing

(HPV en cytologie)

indien geen terugbetaalde
screening geweest voorbij 10 jaar

☐ **Opvolging** ☐ Diagnostische of ☐ Therapeutische conform de richtlijnen (1x/ jaar)
(Uitzonderlijk 2x per kalenderjaar *(mits notificatie aan adviserend arts)*)

☐ Cytologie
☐ HPV

☐ **Klinische symptomen :** co-testing verplichte indicatie (specificeer).....

Notificatie aan adviserend arts van VI met indicatie is verplicht in te vullen

☐ Screening bij **hoogrisico patiënt middels:** *Unieke notificatie aan adviserend arts*

☐ Met **immuundeficiëntie**

☐ Cytologie

☐ HPV

☐ DES

☐ AIS = adenocarcinoma in situ

☐ Co-testing

Op een geïnformeerde basis, ten laste van de patiënte:

☐ Cytologie

☐ HPV

☐ co-testing

o Modus (in vloeibaar medium) OORSPRONG STAAL

☐ Vaginawand

☐ Exocervix

☐ Exo-endocervicale overgang

☐ Endocervix

o Klinisch-diagnostische indicatie

Klinisch onderzoek:

Klinisch-Therapie :

☐ Normale cervix ☐ Zoniet, specificeer:

☐ Abnormaal onverklaard bloedverlies

☐ Hormoonsubstitutie therapie

☐ Anticonceptie:

☐ Ja

☐ Nee

Vaccinatiestatus:

o Klinische opmerkingen / Voorgeschiedenis

.....

Elke verklaring aan de medisch adviseur valt onder de verantwoordelijkheid van de voorschrijver en niet van het laboratorium