

 LABORATORIUM tel. 056 63 42 00	Données complètes ou vignette de la patiente s.v.p Patient (nom/prénom): Numéro de registre national: Date de naissance: Adresse: Numéro d'assurance maladie:	 LABORATORIUM tel. 051 33 40 90								
Médecin demandeur Adresse INAMI Signature		Cachet du médecin								
FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS										
ORIGINE DE L'ECHANTILLON ☐ Cervix ☐ Dôme vaginal ☐ Autre:										
DÉPISTAGE ☐ 3324 Primaire par cytologie chez les 25-29 ans ☐ 3325 Primaire par test HPV chez les 30-64 ans ☐ 3326 Primaire par co-testing à partir de 65 ans (si plus aucun dépistage remboursé au cours des 10 années précédentes)										
SYMPTÔMES OU RISQUE *: avec formulaire de notification <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ 3330* En cas de symptômes cliniques par co-testing </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ Perte de sang post-ménopause ☐ Saignement utérin anormal résistante trait. ☐ Perte de sang post-coïtale inexplicquée </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ 3331* Haut risque DES ou AdenoCa in situ par co-testing </td> <td style="vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ Personne positive à VIH ☐ Après transplantation d'organe(s) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ 3332* Haut risque déficience immunitaire par cytologie chez les 21-29 ans </td> <td style="vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ Après transplant. allogén. cellules souches </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; border-bottom: 1px dotted black;"> ☐ 3333* Haut risque déficience immunitaire par test HPV chez les 30-64 ans </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Lupus érythémateux systémique ☐ Déficience immunitaire primaire congénit. ☐ Traitement immunosupresseur </td> </tr> </table>			☐ 3330* En cas de symptômes cliniques par co-testing	☐ Perte de sang post-ménopause ☐ Saignement utérin anormal résistante trait. ☐ Perte de sang post-coïtale inexplicquée	☐ 3331* Haut risque DES ou AdenoCa in situ par co-testing	☐ Personne positive à VIH ☐ Après transplantation d'organe(s)	☐ 3332* Haut risque déficience immunitaire par cytologie chez les 21-29 ans	☐ Après transplant. allogén. cellules souches	☐ 3333* Haut risque déficience immunitaire par test HPV chez les 30-64 ans	☐ Lupus érythémateux systémique ☐ Déficience immunitaire primaire congénit. ☐ Traitement immunosupresseur
☐ 3330* En cas de symptômes cliniques par co-testing	☐ Perte de sang post-ménopause ☐ Saignement utérin anormal résistante trait. ☐ Perte de sang post-coïtale inexplicquée									
☐ 3331* Haut risque DES ou AdenoCa in situ par co-testing	☐ Personne positive à VIH ☐ Après transplantation d'organe(s)									
☐ 3332* Haut risque déficience immunitaire par cytologie chez les 21-29 ans	☐ Après transplant. allogén. cellules souches									
☐ 3333* Haut risque déficience immunitaire par test HPV chez les 30-64 ans	☐ Lupus érythémateux systémique ☐ Déficience immunitaire primaire congénit. ☐ Traitement immunosupresseur									
DÉPISTAGE DE SUIVI - TRIAGE A 12 MOIS ☐ 3340 Suivi par cytologie chez les 25-29 ans >12m après un dépistage anormal (ASC-US + HR HPV pos ou LSIL) ☐ 3341 Suivi par test HPV chez les 30-64 ans > 12m après un dépistage anormal (autre HR HPV + NILM) ☐ 3342 Suivi par test HPV à partir de 65 ans > 12m après co-testing (HPV HR négatif + ASCUS ou autre HPV HR + NILM) ☐ 3343 Suivi par cytologie chez les 21- 29 ans à haut risque déficience immunitaire >12m après un dépistage anormal (ASC-US)										
SUIVI DIAGNOSTIQUE OU THERAPEUTIQUE (autre que le triage à 12 mois) conforme aux directives 1 x par année tant que cela est médicalement nécessaire (exceptionnellement 2 x par année avec formulaire de notification (risque temporaire)) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> ☐ 3350 Suivi par cytologie ☐ 3351 Suivi par test HPV ☐ 3352 Suivi par co-testing </td> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> ☐ 3353 Information cliniques facultatives: </td> </tr> </table>			☐ 3350 Suivi par cytologie ☐ 3351 Suivi par test HPV ☐ 3352 Suivi par co-testing	☐ 3353 Information cliniques facultatives:						
☐ 3350 Suivi par cytologie ☐ 3351 Suivi par test HPV ☐ 3352 Suivi par co-testing	☐ 3353 Information cliniques facultatives:									
HORS NOMENCLATURE (aucune des indication si-dessus) € ☐ 3360 Cytologie hors indication INAMI € ☐ 3361 Test HPV hors indication INAMI € ☐ 3362 Co-testing hors indication INAMI										



LABORATORIUM

tel. 056 63 42 00

Données à compléter ou vignette de la patiente s.v.p

Patient (nom/prénom):

Numéro de registre national:

Date de naissance:

Adresse:

Numéro d'assurance maladie:



LABORATORIUM

tel. 051 33 40 90

Rien n'écrire ni coller s.v.p

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

La patiente a le droit de donner son consentement, préalable et libre à toute intervention du professionnel (art. 8 de la loi sur les droits des patients). Le médecin traitant a informé la patiente à la fois de la nature et du but d'un frottis cervico-vaginal et du fait que cette intervention n'est pas remboursée par la mutuelle dans certaines circonstances, conformément à la réglementation en vigueur.

Après avoir été suffisamment informée, la patiente soussignée une demande d'un test HPV et/ou un examen cytopathologique par le laboratoire clinique et/ou d'anatomie pathologique de l'az groeninge Kortrijk soit effectué sur le prélèvement concerné. S'il n'y a pas de remboursement de la mutuelle pour cet examen, la patiente soussignée s'engage à régler les honoraires dus pour cette intervention après réception de la facture. Il s'agit de:

- € 6,16 pour le prélèvement
- € 35,47 pour l'examen cytopathologique
- € 32,20 pour test HPV

(tarifs 1/1/2025 et indexé)

Ce consentement est donné conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi sur les droits des patients.

Date:

Signature: