

PATIENTGEGEVENS

Naam:
 Voornaam:
 Geboortedatum:/...../.....
 M V
 INSZ nr.:
 Straat:
 Postcode + stad:

AANVRAAG
 DATUM
 DD-MM-JJ

/ /

AANVRAGENDE ARTS + RIZIV-nummer

Handtekening arts:

Kopie aan collega's:

AARD VAN INGEZONDEN MATERIAAL

- Vocht**
 Medium: Preservcyt/Thinprep
 Ander:
 Draagglasjes

Aantal monsters:
 Datum staalafname:/...../..... : (uu:mm)

Anatomische lokalisatie:

- Cervixjunctie/ostium gevisualiseerd
 Vaginatop na hysterectomie
 Vaginawand
 Vulva
 Ander, specificeer

KLINISCHE INLICHTINGEN

Type aangevraagd onderzoek:

- Cytologisch onderzoek:**
 Screening (max 1x/3jaar) (RIZIV code 149612-149623 of 114030-114041)
 Opvolging (max 2x/jaar tot negatief resultaat en indien vorig advies verschilde van 'normaal screeningschema')
 (RIZIV code 149634-149645 of 114170-114181)

Resultaat vorig onderzoek:

- AGC*
 ASCUS*
 ASC-H*
 LSIL
 HSIL
 Andere:.....

Opvolging van behandelde:

- CIN2*
 CIN3*
 AIS*

- Op vraag van arts/patiënte** (De aanvrager bevestigt hierbij dat de patiënte zich akkoord verklaart tot betaling van de kosten)

* Cytologisch onderzoek wordt automatisch gevolgd door HPV detectie en typering indien wordt voldaan aan de voorwaarden voor RIZIV terugbetaling.

- HPV detectie en typering op vraag van arts/ patiënte**
 CINTEC p16/Ki67 op vraag van arts/ patiënte (wordt enkel uitgevoerd indien HPV high-risk positief)

Voor HPV detectie en typering op vraag van arts/patiënte (er wordt niet voldaan aan de voorwaarden voor RIZIV terugbetaling) en CINTEC p16/Ki67, bevestigt de aanvrager dat de patiënte zich akkoord verklaart tot betaling van de kosten voor dit onderzoek.

Gynaecologische status:

- Laatste menstruatie < 2 weken geleden
 Laatste menstruatie > 2 weken geleden
 Postmenopauze
 Zwanger
 Postpartum/lactatie
 Abnormaal bloedverlies
 Andere:.....

Anticonceptie:

- Geen
 Hormonaal
 IUD
 Andere:.....

Andere klinische inlichtingen:

.....
