

DEMANDE D'ANALYSE D'UNE BIOPSIE ET CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE

IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Sexe : Féminin Masculin
 Adresse :

 NISS :
 Code Mutuelle :

ETIQUETTE B-DOC

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date :

Heure :

URGENT

Cytologie cervico-vaginale
 Cytologie endométriale

Biopsie
 Autre :

DEPISTAGE :

- **Cytologie cervico-vaginale**
 - Frottis > 3 années civiles (remboursement INAMI)
 - Frottis < 3 années civiles (hors INAMI – 30 € à charge de la patiente)
- **Typage HPV à haut risque**
 - À réaliser si diagnostic ASC-US/ASC-H/AGC (remboursement INAMI)
 - À réaliser hors conditions précédentes (hors INAMI – 35 € à charge de la patiente)

SUIVI DIAGNOSTIQUE OU THERAPEUTIQUE :

- **Indication obligatoire**
 - SUIVI** : ASC-US ASC-H AGC LSIL
 - Suivi traitement de lésions de CIN2+
 - Autres :
- **Cytologie cervico-vaginale**
 - Max. 2/an jusqu'à négativation (remboursement INAMI)
 - > 2/an jusqu'à négativation (hors INAMI – 30 € à charge de la patiente)
- **Typage HPV à haut risque**
 - Diagnostic cytologie de type ASC-US/ASC-H/AGC dans la cytologie de suivi (remboursement INAMI)
 - Cytologie normale dans un suivi de lésions de ASC-US/ASC-H/AGC, HPV positive (remboursement INAMI)
 - Suivi post traitement de lésions de CIN2+ (hors INAMI – 35 € à charge de la patiente)
 - À réaliser hors conditions précédentes (hors INAMI – 35 € à charge de la patiente)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Non vaccinée
 Vaccinée : Gardasil Cervarix Date de la première vaccination :

BIOPSIE : LOCALISATION/ORGINE DU PRELEVEMENT :

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :