

## **DEMANDE D'ANALYSE**



Secrétariat: 071/92.74.44

## Dépistage du cancer du col de l'utérus

Département de Biologie Clinique Delta : 02/434.17.01

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE* (remplir tous les champs ou étiquette)		MEDECIN PRESCRIPTEUR* (cachet + signature)
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :	 ETIQUETTE BDOC	
Adresse:		MEDECIN(S) A INFORMER
NISS : Code Mutuelle :		
PRELEVEMENT*		
☐ Col utérin ☐ Vagir	□ Vulve	Date :
□ Autre :		Date:
Age de la patiente : Statut v	accinal :	□ URGENT
INDICATION DE L'EXAMEN*		
Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col utérin		
□ 25 – 29 ans : dépistage primaire par cytologie suivi d'un Test HPV réflexe si présence de cellules de type ASCUS (1 x / 3 années calendrier).	□ 30 – 64 ans : HPV primaire avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV (1 x / 5 années calendrier).	□ > 65 ans : Co-testing.  Test HPV et/ou cytologie unique pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années.
Suivi** ■ <u>diagnostique</u> ou ■ <u>thérapeutique</u> :  1 x / année calendrier aussi longtemps qu'indiqué médicalement.  Exceptionnellement 2 x / année calendrier si notification « haut risque temporaire » au médecin conseil.***		
En fonction de l'indication : Motivation ou indication (obligatoire) :  □ Cutologie Cupe Partu		
Corte Directalish hear Right of Chapetine on Anatomic Pathologistics (Regardiary on Pathology (Respiration on Anatomic Pa	<b>.</b> ,	
☐ HPV ☐ Co-testing ☐ Suivi d'une lésion HPV-indépendante : (précisez)		
Screening de patientes à haut risque par <u>co-testing</u> (L'indication doit être mentionnée)  Attention : notification avec indication obligatoire au médecin conseil.***		
<ul> <li>☐ Indication clinico-diagnostique :</li> <li>Saignement post-ménopausique inexpliqué.</li> <li>Pertes de sang résistantes au traitement</li> <li>Saignement post-coïtal inexpliqué</li> <li>Autres symptômes</li> </ul>	□ Patientes immunodéprimées :     ○ Patiente HIV     ○ Post-transplantation d'organe     ○ Post greffe médulaire allogénique     ○ LED     ○ Immunodéficience congénitale □ Victime DES	<ul> <li>□ Patiente sous thérapie</li> <li>immunosuppressive pour :         <ul> <li>Maladies inflammatoires intestinales</li> <li>Affections rhumatismales</li> <li>Sarcoïdose</li> <li>Neuromyélite optique</li> </ul> </li> <li>□ Adénocarcinome in situ</li> </ul>
Autre que options précédentes (patiente dûment informée du supplément**) :		
□ Examen cytologique □ HPV-  CUREPATH  CHICAGO STREET  CHICAG	esting   Co-testing	☐ CINTec+ (triage pour colposcopie et  CUREPATH  CUREPATH  CHINGRAPH PROPERTIES SUITE À UN rHPV+)
Cadre réservé au laboratoire  N° EXAMEN : Nombre de prélèvement(s) :		

Page 1/1

\* Remplir correctement et complètement ces données administratives est une obligation légale.
\*\*Voir les sites web de Sciensano, Curepath et intranets CHIREC/Tivoli pour les lignes directrices (Annexes 1 et 2).
\*\*\*Remplir le formulaire Annexe 100 disponible sur le site web de Curepath et les intranets CHIREC/Tivoli.