

## Aanvraag voor cervicovaginaal cytologisch onderzoek

**Identificatie patiënt**
**Identificatie voorschrijvende arts**

<p style="text-align: center;">(bij voorkeur ZH-klever of mutualiteitsklever)</p> <p>Naam en voornaam</p> <p>Geboortedatum <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw</span></p> <p>Adres</p> <p>Mutualiteitsgegevens</p> <p>INSZ nummer</p> <p>Patiëntnummer</p>	<p><b>Stempel (naam en rizinr.) en handtekening</b></p>    <p>Datum aanvraag:</p> <p>Kopie aan:</p>
<p>Datum afname:</p>	

**SPECIFIEKE AFNAME**

- Cervix  
  Vaginatoepel (na HRT)  
  Vaginawand  
  Vulva  
  Andere

**VORIG UITSTRIJKJE**

- nooit onderzocht  
  < 3 jaar geleden  
  ≥ 3 jaar geleden

**AANLEIDING TOT UITSTRIJKJE**

- Screening  
 Klacht of klinisch letsel  
 Opvolging:  
  Datum vorig uitstrijkje:  
 Resultaat:

Op vraag van patiënte (buiten RIZIV): *in dit geval toestemming van patiënte vragen*

Cervicovaginaal cytologisch onderzoek

Aanvraag HPV-typing

Patiënte verklaart zich akkoord tot betaling van de onkosten voor cytopathologische onderzoek en/of HPV-typing

- Naam:

- Handtekening:

- Datum:

**KLINISCHE INLICHTINGEN**

- Laatste menses < 14d  
 Laatste menses > 14d  
 Zwangerschap  
 Postpartum/lactatie  
 Menopauze  
 Met substitutie  
 Zonder substitutie  
 Hormonale contraceptie  
 IUD  
 Andere:

**VOORGESCHIEDENIS**

- ASCUS / LSIL / HSIL / SPINO  
 AGUS / AIS / ADENOCARCINOMA  
 CONISATIE / LLETZ:  
 Resultaat:  
 Datum:  
 HYSTERECTOMIE  
 SUBTOTALE HYSTERECTOMIE  
 PELVISCHE RADIOTHERAPIE  
 CHEMOTHERAPIE  
 ANTI-OESTROGENEN  
 TUMOR ELDERS:

Het is de verantwoordelijkheid van de aanvragende arts om dit formulier volledig in te vullen en te ondertekenen.

Ruimte voorbehouden voor het labo

Secretaresse	Opmerking / non-conformiteit
--------------	------------------------------

