

**Aanvraag voor cervicovaginaal cytologisch onderzoek****Identificatie patiënt**

(bij voorkeur ZH-kleef of mutualiteitskleef)

Naam en voornaam

Geboortedatum

 Man  Vrouw

Adres

Mutualiteitsgegevens

INSZ nummer

Patiëntnummer

**Identificatie voorschrijvende arts**

Stempel (naam en rizinr.) en handtekening

Datum aanvraag:

Kopie aan:

Datum afname:

**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

