

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

