



## 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

