



CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

ID Techn :
Date réception LAP :

N° réception LAP :

NC n°: Bloquant (A) Non-Bloquant (N)

| | | | | | |
|--------|------------|-----------|--|--|--|
| Pot MC | Pot Formol | Pot Frais | | | |
|--------|------------|-----------|--|--|--|

Demande d'analyse gynécologique en consultation

*** Renseignements légalement obligatoires**

| | |
|---|--|
| <p>PATIENTE : (étiquette, vignette) :</p> <p>Nom* : Prénom* : Date de naissance* : Sexe* : M / F Rue* : CP + Ville* : NISS* : N° dossier : Mutuelle :</p> | <p>PRESCRIPTEUR : (cachet)</p> <p>Date* : Nom – Prénom* : N° INAMI* : Adresse : Signature* : Copies protocole :</p> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urgence Dr : Tel : Fax : | <input type="checkbox"/> Risque contagieux : (préciser) |
|--|--|

Date du prélèvement* :
Nombre de pots* :

CYTOLOGIE GYNECOLOGIQUE* :

Monocouche Biologie moléculaire : dépistage HPV

EXAMEN HISTOLOGIQUE* : (fixation au formol tamponné 4%)

Biopsie(s) → nombre : Heure du prélèvement* : Origine (préciser) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES* :

Vulve Vagin – Col Endomètre autres :

Dépistage Suivi Lésion(s) clinique(s) :

Diagnostic antérieur :

Chirurgie antérieure: Radiothérapie Chimiothérapie

Traitement hormonal : DIU : Non Oui Vaccination HPV : Non Oui

Ménopause : Non Oui Grossesse : Non Oui Post-partum : Non Oui

Autres renseignements utiles :

Déclaration obligatoire : Je soussignée,....., bénéficiant ce jour d'un examen gynécologique avec frottis cervico-vaginal de dépistage, déclare sur l'honneur ne pas avoir subi d'examen gynécologique avec frottis cervico-vaginal de dépistage ayant fait l'objet d'un remboursement par ma mutuelle depuis au moins trois années.

En cas d'analyse HPV réalisée et remboursée par l'INAMI, un montant de 8.68€ vous sera facturé.

Si Ce frottis de dépistage est effectué hors remboursement INAMI. Une somme forfaitaire de +/- 30 € sera facturée à la patiente (loi du 01.03.2013 : la prestation 588350 – 588361 n'est **remboursée qu'une seule fois toutes les trois années civiles**).
Je suis avertie du fait que le montant facturé par le CHwapi sera entièrement à ma charge et ne pourra faire l'objet d'aucun remboursement auprès de ma mutuelle.

En cas d'analyse HPV réalisée hors remboursement INAMI, un montant de +/- 62 € vous sera facturé.

Pour accord,
Date : Signature de la patiente :