



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

<input type="checkbox"/> <b>Urgence</b> Dr : Tel :                                      Fax :	<input type="checkbox"/> <b>Risque contagieux :</b> (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 :