CADRE RESERVE AU LABORATOIRE ID Réception : Date réception LAP :	N° réception LAP :
NC n°: ☐ Bloquant (A) ☐ Non-Bloquant (N)	

Demande d'analyse de recherche HPV

*** Renseignements légalement obligatoires**

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

Date du prélèvement* :
Date de l'envoi :

ORIGINE ET TYPE DE PRELEVEMENT :

☐ Frottis col utérin ☐ autres :

☐ Monocouche Thin prep® (méthode validée) ☐ autre :

INDICATIONS <u>AVEC</u> REMBOURSEMENT INAMI : (joindre une copie du protocole)

☐ HPV - Dépistage et après double lecture (588873-588884) :

- ASC-US | ASC-H | AGC-ecc NOS | AGC-ecc faveur néoplasique

☐ HPV - Suivi diagnostic (588895-588906) :

- ASC-US | ASC-H | AGC-ecc NOS | AGC-ecc faveur néoplasique

☐ HPV – Suivi thérapeutique (588895-588906) : après traitement de CIN 2 traité | CIN 3 traité | AIS-ecc traité | ADC endocervical

- Cytologie devenue normale.

AUTRES INDICATIONS (<u>SANS</u> REMBOURSEMENT INAMI) : à charge de la patiente environ 55€

☐ autres :

Seules les analyses prescrites par un pathologiste bénéficient d'un remboursement INAMI

Laboratoire d'anatomie pathologique | CHwapi
Site UNION | 51, Rue des sports - 7500 TOURNAI
www.chwapi.be | secretariat.anapath@chwapi.be | Tél : 069/33.33.70 | Fax : 069/33.33.86