



**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	Lames		
--------	------------	-----------	-------	--	--

## Demande d'Analyse Frottis Anal + Recherche d'HPV

**\* 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 (et lames)\* :**

**CYTOLOGIE NON GYNECOLOGIQUE**

Monocouche                       Biologie moléculaire : dépistage HPV

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES\* :**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Déclaration obligatoire :**

Je soussigné,....., bénéficiant ce jour d'un frottis anal, donne son accord pour la réalisation d'une analyse HPV en hors remboursement INAMI pour un montant de +/- 62 €.

Pour accord,

Date :                                      Signature du patient: