

FORMULAIRE DE DEMANDE EXTERNE DE RECHERCHE ET DE TYPAGE HPV A HAUT RISQUE

Le prélèvement doit impérativement être réalisé dans un pot ThinPrep®, sans aucun autre additif ! :

Avez vous ajouté un additif au milieu Thinprep®, Oui (si oui lequel.....) Non

<p><u>Identification patient (étiquette, vignette, plaquette) :</u></p> <p>Nom :.....</p> <p>Prénom :..... Sexe : F/ M</p> <p>Adresse :.....</p> <p>.....</p> <p>Date naissance :.....</p> <p>Mutuelle :.....</p> <p>NISS :.....</p>	<p><u>Identification Médecin(s) prescripteur(s) :</u></p> <p>Médecin anatomopathologiste :</p> <p>.....</p> <p>N°INAMI :.....</p> <p>Médecin Prescripteur</p> <p>.....</p> <p>N°INAMI :.....</p> <p>Signature :.....</p>
---	--

Date de prélèvement

Date de prescription :

TYPE D'ÉCHANTILLON :

Col - Vagin - Autre : précisez

HPV DE DEPISTAGE :

ASCUS / ASC-H :

AGC :

Autre motifs (non remboursé) :

HPV DE CONTROLE :

Cytologie actuellement négative et antécédent : ASCUS / ASC-H / AGC:.....

Présence d'atypies : ASCUS / ASC-H / AGC:

Autre motifs (non remboursé) :

.....

HPV SUIVI DE TRAITEMENT :

Cytologie actuellement négative pour suivi CIN II ou plus :

ASCUS / ASC-H / AGC post-traitement :

autre motif (non remboursé) :