

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) :

Tous nos formulaires de demandes d'analyses ainsi que notre manuel de prélèvement d'échantillons primaires sont téléchargeables sur notre site web www.cmplab.be. Veuillez en prendre connaissance.

Les données vous concernant, vous et votre patient, ci-dessus sont confiées au laboratoire CMP aux fins diagnostiques, gestion administrative et de santé publique. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et vos droits, rendez-vous sur le site cmplab.be pour consulter notre « Politique de protection des données ».