

Anapath : 053/554440  
Marche : 063/551245  
Bastogne : 063/551645

**CYTO CERVICO-VAGINALE  
TYPAGE HPV  
(PCR)**



ESPACE RESERVE AU LABORATOIRE - ETIQUETTE ANAPATH

<input type="checkbox"/> Int B / M	<input type="checkbox"/> Ext B / M / V	<input type="checkbox"/> Privé B / M
N° NDA :		
Parafe secrétaire		
D		
E		
F		
Non Contr.		

**Consentement éclairé, conformément à l'art. 8 de la loi relative aux droits du patient.**

Je soussignée, Mme ....., parfaitement informée de la réglementation en vigueur et sachant de ce fait que je n'ai droit à ce jour à aucun remboursement INAMI pour les examens prescrits en convenance personnelle (case cochée au verso), autorise le laboratoire en charge de(s) analyse(s) à me facturer leurs prestations.

En cas de positivité de ce test de convenance, j'accepte également d'être facturée du montant du test complémentaire. (Soit cytologie, soit HPV).

Les indications en Euro mentionnées au verso sont basées sur les montants réclamés au 31/12/2024, susceptibles d'être indexés.

**Pour accord : date et signature, précédée de la mention " lu et approuvé".**

Mention : .....

Date : ...../...../.....

Signature :

FDE-GEN-003-V4.01

NOM											
PRENOM											
TEL/GSM PATIENT											
MUTUELLE											
DATE DE NAISSANCE											
N° NATIONAL - NISS											
ADRESSE											
<b>MEDECIN PRESCRIPTEUR - N° INAMI (cachet) :</b>											
<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> TEL. <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> GSM											
N° _____											
DATE & SIGNATURE	DATE DE PRELEVEMENT _____/_____/_____ HEURE DE PRELEVEMENT .....					Copie à :  <input type="checkbox"/> Copie patiente					
<b>RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES.</b>											
AGE CALENDRIER DE LA PATIENTE : .....											
ORIGINE :	<input type="checkbox"/> Col	<input type="checkbox"/> Vagin	<input type="checkbox"/> Vulve								
STATUT VACCINAL:	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	MENOPAUSE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
DIU :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	THS/autres : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON précisez : .....								

Etiquette Labo

## INDICATION DE L'EXAMEN :

- Dépistage organisé du cancer du col utérin selon l'année calendrier.
- de 25-29 ans : CYTOLOGIE primaire suivi d'un test HPV réflexe si atypies ASCUS, ASCH, AGC (**1X tous les 3 ans calendrier**).  
 de 30-64 ans : HPV primaire avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV (**1X tous les 5 ans calendrier**).  
 >= 65 ans : Co-test Cytologie et test HPV pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années.
- Triage à 12 mois dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin.
- De 25-29 ans : CYTOLOGIE primaire.  
 Co-test (HPV).  
 De 30-64 ans : HPV primaire.  
 Co-test (Cytologie).  
 >= 65 ans : HPV primaire.  
 Co-test (Cytologie).
- Suivi  diagnostique ou  thérapeutique conformément aux directives.
- ✓ Technique, en fonction de l'indication et **1X par année calendrier** aussi longtemps qu'indiqué médicalement.
- Cytologie       test HPV       Co-test  
 Exceptionnellement 2X par année calendrier "haut risque temporaire" (**déclaration obligatoire au médecin conseil**).
- ✓ Motivation ou indication (**obligatoire**) :
- suivi d'une lésion HPV associée ; précisez : .....  
 suivi d'une lésion HPV indépendante ; précisez : .....
- Indications clinico-diagnostiques (**indication ET déclaration obligatoire au médecin conseil**).
- Co-test  
✓ Symptômes.  
 saignement post ménopausique inexplicable       saignement post-coïtal inexplicable  
 pertes de sang résistantes au traitement       autres symptômes : .....
- Screening de patiente à haut risque (**indication ET déclaration obligatoire au médecin conseil**).
- Patiente immunodéprimée (par ex. : HIV, LED, greffe, ...) : **précisez** : .....  
 Cytologie       test HPV       Co-test  
 Victime DES      ou       ADK in situ  
 Co-test
- Convenance personnelle : autre que les options précédentes mais avec le consentement éclairé de la patiente, dûment informée du supplément pour les examens. **Obligatoire : remplir le recto de ce document**. L'absence de consentement constitue une non-conformité.
- cytologie (34 €)       test HPV (32,20 €)       Co-test (66,20 €)
- Observations ou commentaires éventuels :
- Sample is dilute

Screening Labo