az turnhout · H. HARTZIEKENHUIS MOL · Ziekenhuis Geel · AZH azherentals

voorbehouden voor laboratorium

Laboratorium voor pathologische anatomie

Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel, J.B. Stessensstraat 2, 2440 Geel
H. Hartziekenhuis Mol, Gasthuisstraat 1, 2400 Mol
AZ Herentals, Nederrij 133, 2200 Herentals
AZ Turnhout, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout

secretariaat.pathologie@azturnhout.be Fax 014/44 44 76 Tel. 014/44 44 77

AANVRAAG CERVIXCYTOLOGIE - AZH

OORSPRONG STAAL:
☐ **cervix** ☐ **vaginakoepel** ☐ **vaginawand** ☐ **vulva**

INDICATIE VAN ONDERZOEK:
Primaire screening:
☐ 25-29 jaar: cytologie en reflex HR-HPV test bij atypie (1x/3j) datum vorige : ……

☐ 30-64 jaar: HR-HPV en reflex cytologie bij HR-HPV+ (1x/5j) datum vorige : ……

☐ ≥ 65 jaar (EN geen RIZIV betaalde test <10j):
Eénmalige cotest: HR-HPV test en cytologie

12 mnd na primaire screening: opvolgingstriagetest:
☐ 25-29 jaar cytologie ☐ 30-64 jaar HR-HPV

Diagnostische of therapeutische opvolging (1x/j):
☐ cytologie ☐ HR-HPV ☐ cotest
vorige diagnose/datum: ……

Diagnostische of therapeutische opvolging bij tijdelijk hoog-risico (2x/j) – notificatie OK
Tijdelijk hoog-risico: ……
☐ cytologie ☐ HR-HPV ☐ cotest

☐ **cotest bij klinische symptomen** volgens richtlijn (1x/diagnose) – notificatie OK
symptoom: ……
☐ **cotest bij hoogrisicogroep DES/AIS** – notificatie OK
☐ **patiënte met immuunsuppressie** – notificatie OK
☐ cytologie ☐ HR-HPV ☐ cotest
vorige diagnose/datum: ……

☐ test **buiten RIZIV nomenclatuur**:
☐ <25j ☐ >65j ☐ andere: ……
☐ cytologie ☐ HR-HPV ☐ cotest

PATIËNTENGEGEVENS (KLEEFSTROOKJE)*
Naam:
……
Adres: ……
……
Geboortedatum:……Geslacht: ……
Mutualiteitsgegevens:……
Rijksregisternummer:……

*** verplicht in te vullen**

Andere relevante klinische inlichtingen

Link naar labogids:

Datum laatste menses: …/…/…

Postmenopauzale substitutie: ja / nee

Zwanger / postpartum / lactatie

Anticonceptie: hormonaal / IUD / andere:
……

HPV-Vaccinatiestatus: ……

Gynaecologische ingrepen:
- hysterectomie met cervix
- hysterectomie zonder cervix
- conisatie
- radiotherapie
- andere: ……

Klinisch onderzoek: nl / abnl: ……..
Klinische klacht: ……

Patiënte verklaart zich akkoord om het onderzoek zelf te betalen, indien dit niet past in het terugbetalingsschema van het RIZIV (HR-HPV test 30 EURO, cytologie 30 EURO). **Handtekening patiënte:**

Voorbehouden voor laboratorium:
☐ Cytologie primaire screening 25-29j / ≥ 65j (1x) *853*
☐ Reflexcytologie na positieve HPV-test 30-64j *791*
☐ Cytologie diagnostische/therapeutische opvolging *813*
☐ Cytologie klinische symptomen/bij hoogrisicogroep *835*
☐ Cytologie buiten RIZIV nomenclatuur

☐ HPV primaire screening 30-64j / ≥ 65j (1x) *615*
☐ Reflex HPV-test bij afwijkende cervixcytol 25-29j *630*
☐ HPV test diagnostische of therapeutische opvolging *652*
☐ HPV test klinische symptomen / bij hoogrisicogroep *674*
☐ HPV test buiten RIZIV nomenclatuur

Aanvragende arts: ***datum: …/…./…. Uur:….h….***

Dr. S. Torfs *1-49672-96-340*
Dr. B. Lebrun 1-38239-83-340

Dr. J. Degroote *1-06845-49-340*
Dr. M. Vandenhove *1-47344-96-340*
Dr. L. Peeters *1-38814-90-340*

Dr. J.W. Ackermans *1-49018-71-340*
Dr. M. Geyskens *1-17869-83-340*
Dr. A. De Monie *1-00456-25-340*

Kopie aan: ☐ **huisarts**
☐ **andere**