



Secteur infectieux

Avenue Georges Lemaître, 25 - 6041 Gosselies
Tél : 071/44.71.99 Fax : 071/35.86.73 e-mail :

Demande d'analyse – Recherche de Human Papillomavirus

Vignette O.A. ou coordonnées du patient	Prescripteur (pathologiste si remboursement)
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
D.N. :/...../.....	Etablissement :
	I.N.A.M.I. : Signature

Copie Dr 1 NOM:

Copie Dr 2 NOM:

ADRESSE:

ADRESSE:

Date de prélèvement : Date de l'envoi : Date de réception :

Lésions

❖ Indications AVEC remboursement INAMI (Joindre copie protocole)

① Dépistage et Après double lecture :

ACS-US; ASC-H; AGC-ecc, NOS ou AGC-ecc, (DAUS)

② Suivi diagnostic : Résultat sur frottis de dépistage ou de suivi antérieur: ACS-US; ASC-H; AGC-ecc, NOS ou AGC-ecc

Cytologie du prélèvement Normale ou pathologique (SAUS)

③ Suivi après traitement de CIN-II, CIN III ou ADC endocervical

Cytologie Normale (SAUS)

❖ Autres indications (PAS DE REMBOURSEMENT INAMI) : (HPNR)

Autres :

Origine du prélèvement

Frottis col utérin (CER)

autres:

Types de prélèvements

Cytobrosse avec milieu de transport (CYT)

Monocouche Thin prep® (THI)

Monocouche Labo Nord® (LBN)

Monocouche Autre (MNA)

Biopsie :

Seules les analyses prescrites par un pathologiste bénéficient d'un remboursement INAMI.