



N° de réception IPG
+ code-barre

N° d'analyse IPG
+ code-barre

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

DEMANDE D'ANALYSE POUR LA RECHERCHE DE HPV - HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Attention : Seules les analyses prescrites par un pathologiste bénéficiaire d'un remboursement INAMI.

Nom : Prénom :

NISS : Date de naissance : / /

ou **Vignette mutuelle** ou **Etiquette de l'hôpital avec NISS**

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin prescripteur avec n° INAMI

Hôpital / Institution :

Date de la prescription : / /

Nom, prénom et adresse du médecin en copie :

.....

.....

.....

N° INAMI du médecin en copie :

Résultat urgent : N° de téléphone si urgence :

Signature :

INFORMATIONS RELATIVES AU PRELEVEMENT

Date et heure du prélèvement : / / à h

Nom et prénom du préleveur :

Origine du prélèvement : Frottis col utérin (CER) Autre :

Type de prélèvement :

Monocouche Thin prep® (THI) - (Volume min. 3 ml) Cytobrosse avec milieu de transport (CYT) - (Volume min. 800 µl)

Monocouche Labo Nord® (LBN) - (Volume min. 3 ml) Biopsie (recherche non remboursée) :

LESIONS ET TYPES DE DEMANDE D'ANALYSE

Indications AVEC remboursement INAMI (veuillez joindre la copie du protocole)

1. Dépistage et Après double lecture :

- HPV diagnostic ASCH (DACH)
- HPV diagnostic ASCUS (DAUS)
- HPV diagnostic AGC-EC (DAGC)

2. Suivi diagnostique (suivi de lésion sur prélèvement précédent) :

- HPV suivi ASCH (SACH)
- HPV suivi ASCUS (SAUS)
- HPV suivi AGC-EC (SAGC)
- HPV suivi d'un HPV+ (SHPV)

3. Suivi après traitement de CIN-II, CIN III ou ADC endocervical (suivi négatif) :

- HPV suivi traitement (TCON)

Indications SANS remboursement INAMI (si le médecin prescripteur est le gynécologue)

- HPV non remboursé (HPNR)