

LABO PATHOLOGIE

Dr. S. DELVAUX

Dr. D. STRYBOL

secretariaat

tel. 011/69.92.60

AANVRAAGFORMULIER CERVICOVAGINALE CYTOLOGIE

PATIËNTGEGEVENS :

naam & voornaam :

adres :

.....

geboortedatum :/...../.....

huisarts :

ziekenfonds :

AANVRAGENDE ARTS :

stempel (naam & rizivnr.) en handtekening

kopie aan :

datum :/...../20.....

AARD VAN HET STAAL

- cervix
- vaginakoepel (na HRT)
- vaginawand
- vulva

VORIGE UITSTRIJKJE

- nooit onderzocht
- < 3 jaar geleden
- ≥ 3 jaar geleden

KLINISCHE GEGEVENS

- LM < 2 weken geleden
- LM > 2 weken geleden
- intermenstrueel bloedverlies

- orale anticonceptie
- IUD

- zwangerschap
- postpartum of lactatie

- menopauze zonder substitutie
- menopauze met substitutie
- postmenopauzaal bloedverlies

-

VOORGESCHIEDENIS

(datum + opvolging invullen aub)

- hysterectomie
- subtotale hysterectomie
- conisatie
- anti-oestrogeen therapie
- radiotherapie
- chemotherapie
- ASCUS – ASCH - LSIL – HSIL – SPINO
- AGUS – AIS – adenoCa
- tumor elders :

KLINISCH ONDERZOEK

- normaal
- poliep
- ectropion of erosie
- ontsteking of infectie
- tumor:

REDEN ONDERZOEK

- georganiseerde screening
- opportunistische screening
- klacht of klinisch letsel
- follow-up of vervolg afwijkend onderzoek:
 - Datum vorig uitstrijkje:.....
 - Resultaat:.....

HPV-TYPERING

- Ja
- Nee

Op vraag van patiënte (buiten Riziv):

Cervicovaginaal cytologisch onderzoek

HPV-typing

Patiënte verklaart zich akkoord tot betaling van de kosten die verbonden zijn aan het onderzoek:

Naam:

Datum & handtekening:

Vorbehouden voor labo APO:

V:

P:

B: