

Dépistage du cancer du col de l'utérus (PCR et/ou cytologie)

Cachet du médecin prescripteur

Nom, n° INAMI, téléphone, adresse et signature

Copie à :

Identification de la patiente

Nom:
 Date de naissance:
 NISS:
 Adresse:

Date de prélèvement :/...../.....

Site de prélèvement

Col Vagin Vulve Autre (à préciser):

Renseignements

Régliée Contraception orale Ménopausée Autre (à préciser):
 Grossesse/allaitement Traitement hormonal substitutif Vaccination HPV

Milieu de préservation

ThinPrep PreservCyt (recommandé)
 Autre (à préciser):

Prescription

Le prescripteur certifie avoir informé la patiente que la facture sera à sa charge en cas de demandes hors critères de remboursement

Dépistage (INAMI)	
<input type="checkbox"/> 25-29 ans	▶ Cytologie (1x/3 années civiles) (+ PCR HPV* si cellules atypiques)
<input type="checkbox"/> 30-64 ans	▶ PCR HPV* (1x/5 années civiles) (+ cytologie si PCR positive)
<input type="checkbox"/> ≥ 65 ans	▶ Co-testing (cytologie + PCR HPV*) <small>Si aucun dépistage remboursé au cours des 10 dernières années</small>

Suivi (INAMI)	
Indications:	<input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> HPV + <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
Analyse demandée:	<input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> PCR HPV* <input type="checkbox"/> Co-testing (cytologie + PCR HPV*)
<small>Un remboursement par année civile, pour cytologie et PCR. Exceptionnellement 2x/an si notification "haut risque temporaire" au médecin conseil de l'organisme assureur</small>	

Population à haut risque/Symptômes** (INAMI)**

! Formulaire de notification standardisé à transmettre à l'organisme assureur

Indications: Saignement post-ménopausique Diéthylstilbestrol
 Saignement utérin anormal résistant à la thérapie Adénocarcinome in situ
 Saignement post-coïtal inexplicé Patiente immunodéprimée
 Analyse demandée: **Cytologie** **PCR HPV*** **Co-testing (cytologie + PCR HPV*)**

Demandes hors INAMI - à charge du patient (€)

Analyse demandée: **Cytologie** **PCR HPV*** **Co-testing (cytologie + PCR HPV*)**

Remarques/informations complémentaires:

Le TAT est de 14 jours pour le test primaire à compter de la réception de l'échantillon.
 Pour l'éventuel dépistage réflexe, le TAT est de 28 jours à compter de la date de réception de l'échantillon primaire.
 Conservation et transport de l'échantillon entre 15°C et 30°C.

* Accréditation ISO15189, BELAC 369-MED
 ** Se référer aux directives de Sciensano
 BONLAB-FORM-6401