

**DEMANDE OBLIGATOIREMENT REMPLIE PAR UN ANATOMOPATHOLOGISTE
POUR LA RECHERCHE D'HPV A HAUT RISQUE SUR LES PRELEVEMENTS CERVICO-VAGINAUX**

N° de demande : Date de réception :

Facturation* : HPV dépistage, code AG6
 HPV suivi diagnostique ou thérapeutique, code AG7
 HPV à charge de la patiente, code AG5

| |
|--|
| Médecin prestataire de l'examen cytopathologique : |
| NOM, Prénom : |
| N° INAMI : |
| HOPITAL : |
| SERVICE : |
| N° Agrément : |
| Médecin traitant : |
| Copie à : |
| |
| Date et signature : |
| |

| |
|---|
| PATIENT : |
| NOM : |
| Prénom : |
| Né(e) le : Sexe : |
| Rue : N° : |
| Code postal : Localité : |
| Régime assurance : (CT1/CT2) |
| N° matricule : |
| Titulaire – conjoint – enfant - ascendant |
| Hospitalisé : oui - non |
| Si hospitalisé : SERVICE |

Examens soumis au remboursement

| 1) HPV- Dépistage (après 588873-588884) AG6 | 3) HPV – suivi thérapeutique AG7 |
|--|---|
| | (après 588895-588906 : cytologie devenue négative) |
| - ASC-US <input type="checkbox"/> | - CIN 2 traité <input type="checkbox"/> |
| - ASC-H <input type="checkbox"/> | - CIN 3 traité <input type="checkbox"/> |
| - AGC-ecc, NOS <input type="checkbox"/> | - AIS-ecc traité <input type="checkbox"/> |
| - AGC-ecc, favor neoplastic <input type="checkbox"/> | |
| <hr/> | |
| 2) HPV – suivi diagnostique : (après 588895-588906) AG7 | |
| - ASC-US <input type="checkbox"/> | |
| - ASC-H <input type="checkbox"/> | |
| - AGC-ecc, NOS <input type="checkbox"/> | |
| - AGC-ecc, favor neoplastic <input type="checkbox"/> | |

DONNEES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANTERIEURES

Biopsies(s) ou cytologie(s) antérieure(s) ? oui – non : Date :
 N° d'analyse:

 Diagnostique :

Examens à charge de la patiente

Test HPV réalisé hors cadre légal

(AG5 : environ 55 €)

Vaccination anti-HPV Partenaire infecté :
 Lésions ano-génitales Autre (précisez) : _____

Recherche HPV : Cette prestation ne peut être effectuée et portée en compte que par un **médecin spécialiste en anatomie-pathologique** ou un spécialiste en biologie clinique sur prescription du médecin spécialiste prestataire de la prestation 588350 – 588361 ou 588873 – 588884 et n'est remboursable qu'en présence démontrée de cellules atypiques (ACS-US; ASC-H; AGC-ecc, NOS ou AGC-ecc, favor neoplastic) dans le prélèvement cervico-vaginal, confirmé en **deuxième lecture** (comme précisé au 588873–588884); la recherche d'HPV à haut risque sur des prélèvements cervico-vaginaux au moyen d'une méthode de diagnostic moléculaire dans le cadre d'un **suivi diagnostique ou thérapeutique**, sur le même prélèvement cervico-vaginal que la prestation 588895–588906 ne peut être effectuée et portée en compte que par un **médecin spécialiste en anatomie-pathologique** ou un spécialiste en biologie clinique sur prescription du médecin spécialiste prestataire de la prestation 588895 – 588906 et n'est remboursable comme suivi qu'en présence démontrée préalablement de cellules atypiques (ASC-US; ASC-H; AGC-ecc, NOS ou AGC-ecc, favor neoplastic) dans le(s) prélèvement(s) cervico-vaginal(aux) ou pour le suivi du traitement d'une néoplasie cervicale intra-épithéliale de haut grade (CIN2 et CIN3 et AIS-ecc) avec **prélèvement(s) cervico-vaginal(aux) négatif(s)**.