

Demande de cytologie cervico-vaginale

 Nos références :
 Etiquette DIAMIC

 Date de prélèvement :
 Date de réception :

Etiquette OAZIZ :

Non conformités :

A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :

 NOM Prénom :
 N° INAMI :
 HOPTITAL :
 SERVICE :
 N° Agrément :
 Médecin traitant :
 Copie à :

 Date et Signature:

PATIENT : (compléter ou étiquette)

 NOM Prénom :
 Né(e) le: Sexe :
 Rue: N°:
 Code postal : Localité:
 MUTUALITE : (vignette ou à compléter)
 Régime assurance : CT1/CT2
 Titulaire-conjoint-enfant-ascendant (cochez la mention)
 N° matricule :
 Hospitalisé : oui - non
 Si hospitalisé : SERVICE

EXAMENS REMBOURSES :
Examen cytologique en milieu liquide :

- Dépistage (*)

-
- (*) Loi du 01.03.2013, modifiée 01/04/2018 : la prestation 589853-589864 réalisée par cytologie en milieu liquide, n'est remboursée
- qu'une seule fois toutes les trois années civiles**
- . Dans les autres cas : cochez la case « Examen cytologique » dans le cadre «
- non remboursé**
- »

- Suivi (**)

-
- (**) Remboursé maximum deux fois par an jusqu'à négativation

 Cytologie antérieure (référence) :
 Biopsie antérieure (référence) :

 Diagnostic :
 Diagnostic :

Renseignements cliniques :

D.R. :

Traitement hormonal :

Ménopause :

Chirurgie : Date:

Radiothérapie : Date:

Chimiothérapie : Date:

 Vaccination HPV : Oui Non Date Gardasil Cervarix

Note: 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 prestataire de la prestation 589853-589864 ou 588873-588884 et n'est remboursable qu'en présence démontrée de cellules atypiques (ASC-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)**.

EXAMENS NON REMBOURSES : à charge de la patiente informée par son médecin

 1) **Examen cytologique réalisé hors cadre légal (*)** (environ 28 euros)

Indication :

 2) **Test HPV réalisé hors cadre légal (#) :** (environ 60 euros)

 Vaccination anti-HPV : Partenaire infecté :

 Lésions ano-génitales : Autre (précisez) :