CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LIEGE
Anatomie et Cytologie Pathologiques

DEMANDE DE CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE
A L'ATTENTION DU MEDECIN QUI REALISE LE PRELEVEMENT.

Références : …… Date de réception : ..……..

Facturation : ☐ **Patient** ☐ **Mutuelle**

MEDECIN PRESCRIPTEUR :		**PATIENT** :
NOM, Prénom :		NOM :
N° INAMI :		Prénom :
HOPITAL :		Né(e) le : Sexe :
SERVICE :		Rue : N° :
Copies à :		Code postal : Localité :
-Médecin traitant :		Régime assurance : (CT1/CT2)
-Autre :		N° matricule :
		Titulaire – conjoint – enfant - ascendant
Date et signature :		Hospitalisé : oui - non
		Si hospitalisé : SERVICE

A COCHER OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Examen cytologique en milieu liquide

- **DEPISTAGE** ☐ Loi du 01.03.2013 (modifiée le 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. Autres cas : cochez la case « Frottis réalisé hors cadre légal ».**

- **SUIVI** ☐ Remboursé **maximum deux fois par an jusqu'à négativation**

  Diagnostic (à préciser obligatoirement) : ……

- **Frottis réalisé HORS CADRE LEGAL** ☐ Environ 30 €
  (à charge de la patiente informée par le médecin)

- **Test HPV réalisé HORS CADRE LEGAL** ☐ Environ 60 €
  (à charge de la patiente informée par le médecin)

  Vaccination anti-HPV ☐ Date : Gardasil ☐ Cervarix ☐
  Lésions ano-génitales ☐
  Partenaire infecté : ☐
  Autre (précisez) : ☐

Renseignements cliniques :

D.R :
Traitement hormonal :
Ménopause :
Chirurgie : Date :
Radiothérapie : Date :
Chimiothérapie : Date :
Autre :

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 spécialiste 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).***

Secrétariats : CHU-Sart Tilman : tel : 04 366 24 10 fax : 04 366 29 19
CARAD Huy : tel : 085 27 33 20 fax : 085 21 41 47
CHBA : tel : 04 338 79 33 fax : 04 338 79 32