

DATE DU PRELEVEMENT \*: AGE DE LA PATIENTE: STATUT VACCINAL:



ORIGINE\*: □ col □ vagin □ vulve



INDICATION DE L’EXAMEN\*:

* Dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du col utérin
	+ De 25-29 ans: dépistage primaire par cytologie suivi d’un Test HPV réflexe si présence de cellules atypiques **(1x 3 années calendrier)**
	+ De 30-64 ans: HPV primaire avec cytologie réflexe en présence d’un hr-HPV **(1x 5 années calendrier)**
	+ >65ans: Test HPV et/ou cytologie unique pour autant qu’il n’y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années
* **Suivi □ diagnostique ou □ thérapeutique**  conformément les directives\*\*\*
	+ **technique □ co-testing ou □ cytologie (en fonction de l’indication)**
	+ 1x par année calendrier aussi longtemps qu’indiqué médicalement
	+ Exceptionnellement 2x par année calendrier si notification « haut risque temporaire » au médecin conseil\*\* (cf verso)
	+ Motivation ou indication (Obligatoire):
		- Suivi d’une lésion HPV associée; précisez: …………………………………....
		- Suivi d’une lésion HPV-indépendante; précisez:………………………………………
* Screening de **patientes à haut risque** par co-testing.

Attention: Notification avec indication obligatoire au médecin conseil \*\*( à remplir sur le formulaire au verso).

Attention: L’indication doit être mentionnée\*\*

* Indication clinico-diagnostique:

|  |  |
| --- | --- |
| * Saignement postménopausique inexliqué
 | * Saignement post-coïtal inexpliqué
 |
| * Pertes de sang résistantes au traitement
 | * Autres symptomes:……………………………………….
 |

* Patientes immunodéprimées

|  |  |
| --- | --- |
| * Patiente HIV
 | * + Patiente sous thérapie immunosuppressive pour
 |
| * Post transplantation d’organe
 | * Maladies inflammatoires intestinales
 |
| * Post greffe médulaire allogénique
 | * Affections rhumatismales
 |
| * LED
 | * Sarcoïdose
 |
| * Immunodéficience congénitale
 | * Neuromyélite optique
 |

* + Victime DES **□** Adenocarcinome in situ
* **Autre que options précédentes** mais demande de la patiente dûment informée du supplément\*\* pour

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Examen cytologique (… EUR)
 | * HPV-testing (… EUR)
 | * Co-testing (… EUR)
 |
| * CINTec+ (… EUR) Triage pour colposcopie et biopsie suite à un hrHPV+
 |

\* Remplir correctement et complètement ces données administratives est une obligation légale.
\*\* Voir le guide du laboratoire expliquant les notifications, les rémunérations, les suppléments et les honoraires.
\*\*\* Voir le site web de Sciensano pour les dernières lignes directrices.

