

# DÉPISTAGE CANCER DU COL DE L'UTERUS

## Typage HPV et cytologie



### PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : M  F 

Tél patient : .....

Réservé au laboratoire

### VIGNETTE DE MUTUELLE

Date du prélèvement : .....

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Age de la patiente : .....

Nom/Prénom : .....

Statut vaccinal : .....

Adresse : .....

### ORIGINE DU PRÉLÈVEMENT :

N° INAMI : .....

 Col  Vagin  Vulve

Signature : .....

Copie à :

\*Le laboratoire d'anatomie pathologique  
du Groupe santé CHC est accrédité par  
BELAC sous le numéro de certificat 697-MED



### INDICATION DE L'EXAMEN : (remplir correctement et complétement ces données est une obligation légale)

- 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 par 3 années calendrier)
    - CO-TEST HPV\*** à la demande de la patiente/du médecin mais sur base informée (supplément possible si hors directive Inami)
  - De 30-64 ans : HPV\* primaire avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV (1x par 5 années calendrier)
    - CO-TEST HPV\*** à la demande de la patiente/du médecin mais sur base informée (supplément possible si hors directive Inami)
  - > 65 ans : Test HPV\* et/ou cytologie unique pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursables les 10 dernières années
    - Cytologie  HPV\*  CO-TEST
- **Triage à 12 mois** dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
  - De 25-29 ans : dépistage primaire par cytologie
    - CO-TEST HPV\*
  - De 30-64 ans : HPV\* primaire avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV (1x par 5 années calendrier)
    - CO-TEST cytologie
- **SUIVI** : diagnostique ou thérapeutique (conformément aux directives)
  - Cytologie  HPV\*  CO-TEST

✓ 1X par année calendrier aussi longtemps qu'indiqué médicalement  
✓ Exceptionnellement 2x par année calendrier si notification « haut risque temporaire » au médecin conseil  
✓ 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 + copie du document à joindre à la demande d'analyses  
**Attention** : l'indication doit être mentionnée

  - Indication clinico-diagnostique :  Saignement postménopausique inexplicable  Saignement post-coital inexplicable  
 Pertes de sang résistantes au traitement  Autres symptômes : .....
  - Patientes immunodéprimées

Contexte médical : .....
- **Autre que options précédentes** mais demande de la patiente dûment informée du supplément (**voir verso**) pour
  - Examen cytologique (35 eur)  HPV-testing\* (45 eur)  Co-testing (80 eur)
  - P16 CINtec+ (40 eur) Triage pour colposcopie et biopsie suite à un HPV+

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date des dernières règles : ..... / ..... / .....

### Post-partum

Hystérectomie  col restant  col absent

Statut vaccinal : .....

## Grossesse

## Ménopause

Traitement hormonal : .....

#### Autres renseignements cliniques :

## CONSENTEMENT POUR LES ANALYSES NON-REMBOURSÉES DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Je soussignée ..... déclare avoir été informée par mon médecin traitant ou spécialiste de la nécessité de réaliser des analyses complémentaires dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ces analyses ne sont pas remboursées par l'INAMI et font l'objet d'un paiement à ma charge.

Signature :

## PROTECTION DES DONNÉES

Pour toute information liée à la protection des données à caractère personnel, consultez notre site internet :

<https://www.chc.be/Patients/Informations-utiles/Protection-de-la-vie-privee>

ou contactez notre DPO : [dpo@chc.be](mailto:dpo@chc.be)