

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 :

Age de la patiente :

Statut vaccinal :

ORIGINE DU PRÉLÈVEMENT :

☐ Col ☐ Vagin ☐ Vulve

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom :

Adresse :

N° INAMI :

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 complètement 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 inexpliqué ☐ Saignement post-coïtal inexpliqué
☐ 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+

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

☐ **Grossesse**

☐ Ménopause

☐ Traitement hormonal :

- ❑ Post-partum

☐ Hystérectomie ☐ col restant ☐ col absent

Autres renseignements cliniques :

[illegible]

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 :

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-privée>
ou contactez notre DPO : dpo@chc.be