



azdelta

Laboratoriumgeneeskunde

AANVRAAGFORMULIER

Opsporen hoogrisico HPV

PATIËNTGEGEVENS (volledig invullen of vignet kleven a.u.b.)

Naam: Voornaam: Gesl.: M / V
 Adres: Nr.
 Postnr.: Gemeente:

Geboortedatum: --

Mutualiteitsgegevens:

Ambulant Verblijvend Rijksregisternummer:

STAALIDENTIFICATIE (alle velden moeten ingevuld worden)

Aard materiaal: CERVIX ANDERE (specifieer):

Afnamedatum (DD-MM-JJJJ): -- Afnametijdstip (UU-MM): -

Afnamesysteem cytologie: Surepath (verwerkingsdatum staal: --)
 Easyfix
 ThinPrep
 Andere (specifieer):

REFERENTIENUMMER STAAL:

AANVRAAG VOOR

- 5531* HPV screening bij**
- ASCUS of ASC-H
 - AGC NOS
 - AGC, favor neoplastic
- 5701 HPV bij follow-up van**
- ASCUS of ASC-H
 - AGC NOS
 - AGC, favor neoplastic
 - Behandelde CIN2, CIN3 of AIS met negatieve cervixcytologie
- * 5531 mag enkel aangevraagd worden na een tweede lezing van de cervixcytologie.
- 5702 Andere indicatie HPV op cervicale cytologie, specificeer:**

- 5532 Opsporen HPV op niet-cervicale cytologie stalen**

AANGEVRAAGD DOOR:

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Dr. A. Leemans | RIZIV 1-0794219-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. V. Mertens | RIZIV 1-0784816-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. S. Verschuere | RIZIV 1-4772209-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. F. Dedeurwaerdere | RIZIV 1-0951991-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. E. Steenkiste | RIZIV 1-3627312-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. C. Melis | RIZIV 1-9960125-870 |
| <input type="checkbox"/> Dr. A. Tamsin | RIZIV 1-9929045-870 |

Aanvraagdatum (DD-MM-JJJJ): -- Handtekening: