

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**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 5531* HPV screening bij <input type="checkbox"/> ASCUS of ASC-H <input type="checkbox"/> AGC NOS <input type="checkbox"/> AGC, favor neoplastic | <input type="checkbox"/> 5701 HPV bij follow-up van <input type="checkbox"/> ASCUS of ASC-H <input type="checkbox"/> AGC NOS <input type="checkbox"/> AGC, favor neoplastic <input type="checkbox"/> 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****AANVRAGENDE GENEESHEER-SPECIALIST in de pathologische anatomie**

Dr.

RIZIV nr.:

Aanvraagdatum (DD-MM-JJJJ):

--

Handtekening: