



N° de réception IPG  
+ code-barre

N° d'analyse IPG  
+ code-barre

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

**NISS** : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  M  F

**ou Vignette mutuelle ou Etiquette de l'hôpital avec NISS**

**Attention :** Pour l'identification sans risque d'erreur des **patients belges**, le n° NISS est **obligatoire** sous peine de renvoi du prélèvement. **Pour les patients non-belges (sans NISS)**, merci de bien vouloir mentionner leur adresse postale.

## IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Cachet du médecin prescripteur :

Hôpital / Institution : .....

Date de la prescription : ..... / ..... / .....

Médecin en copie : Nom, prénom et n° INAMI (ou adresse postale) :

Signature :

*Merci de ne pas signer sur votre n° INAMI.*

**Résultat urgent**

N° de téléphone si urgence : .....

## INDICATIONS DE L'EXAMEN - OBLIGATOIRES

Nature du prélèvement :  Col  Vagin  Autre : .....

Date et heure du prélèvement : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Indication de l'examen :

DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS :

de 25-29 ans : examen cytologique primaire avec test réflexe HPV si présence de cellules atypiques (1x/3 années civiles)

de 30-64 ans : test HPV primaire avec cytologie réflexe en présence de HPV-HR (1x/5 années civiles)

≥ 65 ans : co-testing (cytologie + HPV) ponctuel si aucun dépistage remboursé n'a eu lieu au cours des 10 dernières années

SUIVI diagnostique ou thérapeutique (1x par année civile aussi longtemps que médicalement nécessaire) :

Examen cytologique  Test HPV  Co-testing

Motivation :  Suivi d'une lésion HPV associée ; précisez.....

Suivi d'une lésion HPV-indépendante ; précisez : .....

Dépistage PATIENTE A HAUT RISQUE par co-testing :

*La notification au médecin conseil avec indication est obligatoire et doit être jointe à ce formulaire.*

Indication clinico-diagnostique :

Saignement postménopausique inexplicé

Saignement post-coïtal inexplicé

Pertes de sang résistantes au traitement

Autre : .....

Patiente immunodéprimée

EN DEHORS du dépistage organisé

*A charge de la patiente : Consentement obligatoire (voir verso) \*.*

Examen cytologique

Test HPV

Co-testing



**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES****Renseignements cliniques :**

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

Statut vaccinal : .....

 Grossesse Post-partum Ménopause Hystérectomie (  Col restant -  Col absent) Traitement hormonal : ..... Stérilet : .....**Autres renseignements cliniques :****\* CONSENTEMENT OBLIGATOIRE POUR LES ANALYSES NON-REMBOURSEES**

Les analyses demandées en dehors du dépistage organisé ou d'un suivi sont totalement à charge de la patiente. Le prix de l'analyse sera facturé à hauteur du tarif de l'engagement.

Par le fait de signer ce consentement, je reconnais avoir été bien informée sur les objectifs et le type d'analyse qui sera réalisé. J'accepte que l'analyse réalisée en dehors du dépistage organisé ou d'un suivi soit complètement à ma charge financière et m'engage à payer la facture que m'enverra l'IPG.

Fait à : .....

Le : .....

**Signature de la patiente pour accord :**

.....

**INFORMATIONS DE TRAITEMENT - RÉSERVÉ IPG****Codes « bible » :****Zone réservée à l'IPG**


Cytologie		Recherche HPV	
589853 Dépistage		553615 Dépistage	
591791 Réflexe		553630 Réflexe	
591813 Suivi		553652 Suivi	
591835 Haut risque		553674 Haut risque	
905354		905261	
000099		000099	
588394			
588416			