



Laboratoire d'ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Avenue de Fécamp 49, 7700 Mouscron

Dr Ho Minh Duc Dr Léonard Dr Rousseau

Tel. : 056/85.82.01 Fax : 056/85.83.53

Les procédures relatives au conditionnement et à la transmission des prélèvements sont disponibles à l'adresse <https://www.chmouscron.be/anapath/Accueil.html>

Patient

Nom:

Nom de jeune fille :

Prénom:

Date de naissance :

Sexe : M F

Adresse :

VIGNETTE

Prescripteur

Nom:

Prénom:

N° INAMI:

Adresse : CHM CHRoubaix CHDron Privé

Signature et date:

Copies à adresser à :

Prélèvement du/...../.....

 URGENTNATURE DU PRÉLÈVEMENTCytologie en milieu liquide Biopsie DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS1. Dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du col utérin

De 25-29 ans : dépistage primaire par **cytologie** (589853-589864) suivi d'un test HPV réflexe (553630-553641) si présence de cellules atypiques (1x 3 années calendrier).

De 30-64 ans: **HPV primaire** (553615-553626) avec cytologie réflexe (591791-591802) en présence d'un HR-HPV (1x 5 années calendrier).

>65 ans: **Co-testing** unique (test HPV [553615-553626] et cytologie [589853-589864], pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années).

2. **Suivi** diagnostique ou thérapeutique conformément aux directives **HPV** (553652-553663)

OU

 cytologie (591813-591824)Indication (obligatoire) :

Remboursé 1x par année calendrier aussi longtemps qu'indiqué médicalement ; exceptionnellement 2x par année calendrier si notification « haut risque temporaire » au médecin conseil par le prescripteur via le formulaire *ad hoc*.

3. **Screening de patientes à haut risque et autre** : voir au dos

3. Screening de **patientes à haut risque**.

Attention: notification **obligatoire** au médecin conseil via le formulaire ad hoc.

Co-testing (591835-591846 + 553674-553685) si indications clinico-diagnostiques (pertes de sang post-ménopause, saignement utérin anormal résistant au traitement, perte de sang post-coïtale inexpliquée)

Test HPV (553674-553685) OU Cytologie (591835-591846)

pour patientes à haut risque (HIV, post-transplantation, LED, immunodéficience congénitale, sous traitement immunosuppresseur, victimes du DES, adénocarcinome in situ).

Aucune limitation de remboursement.

4. Autre que options précédentes

Demande de la patiente dûment informée du supplément pour

Examen cytologique (34,37 EUR)* HPV-testing (31,20 EUR)* Co-testing (65,57 EUR)*

Signature de la patiente :