



Aanvraagformulier

ANATOMO-PATHOLOGIE / CERVICO-VAGINALE CYTOLOGIE (versie 3.0)

Brussels Health Campus, Laarbeeklaan 101, 1090 Jette, Tel. 02 477 50 84

Email: pathologie@uzbrussel.be - www.uzbrussel.be/pathologie

<p>AANVRAAG (indien verschillend van datum staalafname)</p> <p>Datum <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 1.2em;"/>2 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 1.2em;"/>0 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>DD - MM - JJJJ</p>	<p>VOORBEHOUDEN VOOR ANATOMO-PATHOLOGIE</p> <p>Intern nummer</p> <p>Datum ontvangst staal:/...../.....</p>
<p>PATIENT IDENTIFICATIE (Of kleef UZ Brussel patiënt label of klever ziekenfonds)</p> <p>Naam:</p> <p>Voornaam:</p> <p>Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V</p> <p>Adres:</p> <p>Geboortedatum:/...../.....</p> <p>Rijksregisternummer:</p>	<p>IDENTIFICATIE AANVRAGENDE ARTS / STEMPEL</p> <p>Naam:</p> <p>Voornaam:</p> <p>Adres:</p> <p>RIZIV Nr.:</p>
<p>HANDTEKENING AANVRAGENDE ARTS</p>	
<p>Kopie naar externe arts (Naam en RIZIV Nr.):</p> <p>Adres:</p>	

Raadpleeg de richtlijnen voor staalname en verzenden van stalen in de online labogids van het UZ Brussel (<http://laboguide.uzbrussel.be>).

Stalen dienen afgenomen te worden in ThinPrep medium.

Gelieve ook alle stalen duidelijk te labelen met de patiëntgegevens.

Datum staalafname: - - 2 0

DD - MM - JJJJ

Cytologie:

- cervix
- vaginakoepel/wand
- andere:

Gynecologische ingrepen:

- hysterectomie: cervix aanwezig
- hysterectomie: cervix afwezig
- conisatie, LEEP, LLETZ, LASER
- andere:

Datum laatste uitstrijkje: / /

- nooit onderzocht
- ongekend

Huidige/voorafgaande behandeling:

- chemotherapie
- radiotherapie
- anti-oestrogeen:
- andere:

Gynecologische status:

- datum laatste menses: / /
- zwanger
 - postpartum/lactatie
 - menopausaal (beginjaar:

Anticonceptie:

- geen
- pil vaginale ring
- Mirena koperspiraal
- andere:

Substitutie:

- neen
- ja:

Vaccinatie HPV:

- neen
- ja: (jaar) Cervarix Gardasil Gardasil 9

<p>Aangerekend nomenclatuurnummer door de aanvrager:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Preventief onderzoek binnen RIZIV terugbetaling <input type="radio"/> Diagnostische of therapeutische follow-up (reden:)) <input type="radio"/> Uitstrijkje op verzoek van patiënte <u>buiten</u> RIZIV terugbetaling <input type="radio"/> Herhaling inadequate uitstrijk 	<p>Met extra HPV test indien buiten RIZIV terugbetalingscriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> op vraag van patiënt * <input type="radio"/> op vraag van arts want klinisch relevant * <p>* 30€ wordt aangerekend aan de patiënt tenzij binnen RIZIV terugbetaling</p>
--	---

Bijkomende klinische informatie:

.....

.....

.....