

**DEMANDE DE CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE  
A L'ATTENTION DU MEDECIN QUI REALISE LE PRELEVEMENT.**

Références : ..... Date de réception : .....

**Facturation\*** :  Patient  Mutuelle

<b>MEDECIN PRESCRIPTEUR :</b>
NOM, Prénom :
N° INAMI :
HOPITAL :
SERVICE :
<b>Copies à :</b>
-Médecin traitant :
-Autre :
<b>Date et signature :</b>

<b>PATIENT :</b>
NOM :
Prénom :
Né(e) le : Sexe :
Rue : N° :
Code postal : Localité :
Régime assurance : (CT1/CT2)
N° matricule :
Titulaire – conjoint – enfant - ascendant
Hospitalisé : oui - non
Si hospitalisé : SERVICE

**EXAMENS REMBOURSES :**

**Examen cytologique en milieu liquide**

- **Dépistage (\*)**  (\*) Loi du 01.03.2013, modifiée 01/04/2018: la prestation 589853-589864, réalisée par **cytologie en milieu liquide**, n'est remboursée **qu'une seule fois toutes les trois années civiles**. **Autres cas : cochez la case « Examen cytologique » dans le cadre « non remboursé ».**

- **Suivi (\*\*)**  (\*\*) Remboursé **maximum deux fois par an jusqu'à négatification**  
Cytologie antérieure (référence) : Diagnostic :  
Biopsie antérieure (référence) : Diagnostic :

<b>Renseignements cliniques :</b>	D.R. :
	Traitement hormonal :
	Ménopause :
	Chirurgie : Date :
	Radiothérapie : Date :
	Chimiothérapie : Date :

**Vaccination HPV :** oui  non  Date : Gardasil  Cervarix

**Note :**

**Recherche HPV :** Cette prestation ne peut être effectuée et portée en compte que par **un médecin spécialiste en anatomie-pathologique** ou un spécialiste en biologie clinique sur prescription du médecin spécialiste prestataire de la prestation 589853-589864 ou 588873 – 588884 et n'est remboursable qu'en présence démontrée de cellules atypiques (ASC-US; ASC-H; AGC-ecc, NOS ou AGC-ecc, favor neoplastic) dans le prélèvement cervico-vaginal, confirmé en **deuxième lecture** (comme précisé au 588873-588884); la recherche d'HPV à haut risque sur des prélèvements cervico-vaginaux au moyen d'une méthode de diagnostic moléculaire dans le cadre d'**un suivi diagnostique ou thérapeutique**, sur le même prélèvement cervico-vaginal que la prestation 588895-588906 ne peut être effectuée et portée en compte que par un médecin **spécialiste en anatomie-pathologique** ou un spécialiste en biologie clinique sur prescription du médecin spécialiste prestataire de la prestation 588895 – 588906 et n'est remboursable comme suivi qu'en présence démontrée préalablement de cellules atypiques (ASC-US; ASC-H; AGC-ecc, NOS ou AGC-ecc, favor neoplastic) dans le(s) prélèvement(s) cervico-vaginal(aux) ou pour le suivi du traitement d'une néoplasie cervicale intra-épithéliale de haut grade (CIN2 et CIN3 et AIS-ecc) **avec prélèvement(s) cervico-vaginal(aux) négatif(s)**.

**EXAMENS NON REMBOURSES : à charge de la patiente informée par son médecin**

**1) Examen cytologique réalisé hors cadre légal**  (environ 28 €)

Indication : \_\_\_\_\_

**2) Test HPV réalisé hors cadre légal:** (environ 60 €)

Vaccination anti-HPV  Partenaire infecté :   
Lésions ano-génitales  Autre (précisez) :  \_\_\_\_\_