

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

EXAMENS HISTOLOGIQUES

PEAU	ORL	TUBE DIGESTIF	GYNÉCOLOGIE	DIVERS
☐ Biopsie	☐ Amygdales	☐ Œsophage	☐ Col	☐ Bouche
☐ Curetage	☐ Amygdales >18 ans	☐ Estomac	☐ Endocol	☐ Dent
☐ Exérèse	☐ Cavum	☐ Cardia	☐ Endomètre	☐ Ganglions lymph. exérèse
☐ Mise à plat	☐ Nez	☐ Fundus	☐ Vagin	☐ Prostate
Localisations:	☐ Oreille	☐ Antre pylorique	☐ Vulve	☐ Verge
Prélèvement 1	☐ Sinus	☐ Duodénum	☐ Sein	☐ Ongle
Prélèvement 2	☐ Végétations	☐ Jéjunum	☐ Pièce de conisation	
Prélèvement 3	☐ Végétations >18 ans	☐ Colon	☐ Produit de fausse couche	
	☐ Cordes vocales	☐ Rectum	☐ Curetage cavité utérine	
	☐ Glandes salivaires	☐ Anus		
	☐ Glandes salivaires majeures			

EXAMENS CYTOLOGIQUES - MOLÉCULAIRES

☐ Bouche*	☐ Liquide articulaire***	☐ Ponction thyroïdienne***	☐ Typage HPV (autres localisation/ hommes)**
☐ Expectoration	☐ Liquide péritonéal***	☐ Ponction masse tumorale***	
☐ Frottis de plaie*	☐ Liquide pleural***	☐ Pus - Exsudats*	
☐ Frottis urologique**	☐ Liquide de ponction***	☐ Urines	
☐ Frottis de verge**	☐ Ponction mammaire***	☐ Ganglion***	

* étalement sur lame ** prélèvement en milieu liquide (Thin Prep) *** prélèvement à la seringue

DÉPISTAGE ET SUIVI DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
PRÉLÈVEMENT(S) *

☐ Col utérin ☐ Vagin ☐ Vulve ☐ Autre :	Date :
AGE DE LA PATIENTE : STATUT VACCINAL HPV : ☐ oui ☐ non	Heure :
	☐ URGENT.

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE	Nombre de prélèvement(s) :
N° EXAMEN :	

INDICATION DE L'EXAMEN

Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col utérin		
☐ 25 - 29 ans : Dépistage primaire par cytologie suivi d'un Test HPV réflexe si présence de cellules de type ASCUS.(1x / 3 années calendrier).	☐ 30 - 64 ans : HPV primaire avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV (1x / 5 années calendrier)	☐ ≥ 65 ans : Co-testing. Test HPV et / ou cytologie unique pour autant qu'il n'y ait pas eu de screening remboursable les 10 dernières années.

Suivi** ☐ diagnostique ou ☐ thérapeutique :
1x / année calendrier aussi longtemps qu'indiqué médicalement.
Exceptionnellement 2x / année calendrier si notification « haut risque temporaire » au médecin conseil ***

En fonction de l'indication : ☐ Cytologie (591813-591824) ☐ HPV (553652-553663) ☐ Co-Testing	Motivation ou indication (obligatoire) : ☐ Suivi d'une lésion HPV associée : (Précisez) : ☐ Suivi d'une lésion HPV-indépendante : (Précisez) :
--	--

Screening de patientes à haut risque par co-Testing (L'indication doit être mentionnée)
Attention : notification avec indication obligatoire au médecin conseil***

☐ Indication clinico-diagnostique o Saignement post-ménopausique inexpliqué o Pertes de sang résistantes au traitement o Saignement post-coïtal inexpliqué o Autres symptômes	☐ Patiente immunodéprimée o Patiente HIV o Post-transplantation d'organe o Post-greffe médullaire allogénique o LED o Immunodéficience congénitale ☐ Victime DES	☐ Patiente sous thérapie immunosuppressive pour o Maladies inflammatoires intestinales o Affections rhumatismales o Sarcoidose o Neuromyélite optique ☐ Adénocarcinome in situ
--	--	---

Autres que options précédentes (Patiente dûment informée du supplément***)

☐ Examen Cytologie	☐ HPV-Testing	☐ Co-Testing	☐ CINTec+ pour colposcopie et biopsie suite à un rHPV+
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---

* Remplir correctement et complètement les informations administratives est une obligation légale ** Voir site web Sciensano (lignes directrices) *** Tickets modérateurs, suppléments et tarifs sur demande.