

Demande d'analyse - Dépistage et suivi du cancer du col de l'utérus

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE (étiquette ou remplir tous les champs)		MÉDECIN(S) À INFORMER	
Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : NISS : Code Mutuelle :			
PRELEVEMENT(S)*			
<input type="checkbox"/> Col utérin <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vulve <input type="checkbox"/> Autre :		Date : Heure :	
AGE DE LA PATIENTE :		STATUT VACCINAL HPV : oui / non <input type="checkbox"/> URGENT	
CADRE RESERVE AU LABORATOIRE			
N° EXAMEN :		Nombre de prélèvement(s) :	
INDICATION DE L'EXAMEN *			
Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col utérin			
<input type="checkbox"/> 25 - 29 ans : Dépistage primaire par cytologie suivi d'un Test HPV réflexe si présence de cellules de type ASCUS. (1x / 3 années calendrier).	<input type="checkbox"/> 30 - 64 ans : HPV primaire avec cytologie réflexe en présence d'un hr-HPV. (1x / 5 années calendrier).	<input type="checkbox"/> ≥ 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** <input type="checkbox"/> <u>diagnostique</u> ou <input type="checkbox"/> <u>thérapeutique</u> : 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 : <input type="checkbox"/> Cytologie (591813-591824) <input type="checkbox"/> HPV (553652-553663) <input type="checkbox"/> Co-Testing	Motivation ou indication (obligatoire) : <input type="checkbox"/> Suivi d'une lésion HPV associée : (Précisez) : <input type="checkbox"/> Suivi d'une lésion HPV-indépendante : (Précisez) :		
Screening de patientes à haut risque par <u>co-Testing</u> (L'indication doit être mentionnée)			
Attention : Notification avec indication obligatoire au médecin conseil.***, à compléter au verso de ce formulaire			
<input type="checkbox"/> Indication clinico-diagnostique <ul style="list-style-type: none"> o Saignement post-ménopausique inexpliqué o Pertes de sang résistantes au traitement o Saignement post-coïtal inexpliqué o Autres symptômes 	<input type="checkbox"/> Patiente immunodéprimée <ul style="list-style-type: none"> o Patiente HIV o Post-transplantation d'organe o Post-greffe médullaire allogénique o LED o Immunodéficience congénitale <input type="checkbox"/> Victime DES	<input type="checkbox"/> Patiente sous thérapie immunosuppressive pour : <ul style="list-style-type: none"> o Maladies inflammatoires intestinales o Affections rhumatismales o Sarcoidose o Neuromyéélite optique <input type="checkbox"/> Adénocarcinome in situ	
Autres que options précédentes (Patiente dûment informée du supplément***):			
<input type="checkbox"/> Examen Cytologie <input type="checkbox"/> HPV-Testing <input type="checkbox"/> Co-Testing <input type="checkbox"/> CINTec+ pour colposcopie et biopsie suite à un rHPV+			

* Remplir correctement et complètement ces informations administratives est une obligation légale.

** Cf. Voir les sites web de Sciensano pour les lignes directrices.

*** Tickets modérateurs, suppléments et tarifs sur demande.

FO-HUB-QUAL-22 : Demande d'analyse pour le dépistage

et suivi du cancer du col de l'utérus, version 2

Date de Mise en application : 01/02/2025

Médecin prescripteur (cachet + signature)

A adresser au médecin-conseil de l'organisme d'assurance

Identification du titulaire des droits

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

N° Assurance maladie :

Indication pour laquelle la notification est notifiée :

Clinique//Diagnostique

Pseudocode	Indication	Indication de contrôle	Code de nomenclature dont l'utilisation est signalée
A1H1	Saignements post ménopausiques		A6H6 A9H9
A2H2	Perte de sang utérine anormale et résistante au traitement		A6H6 A9H9
A3H3	Saignement post-coïtal inexpliqué		A6H6 A9H9

Dans le cadre de l'épisode clinique certifié, le remboursement à titre forfaitaire d'un test HPV et d'un examen cytologique est autorisé.

Groupes à haut risque

Pseudocode	Indication	Indication de contrôle	Code de nomenclature dont l'utilisation est signalée
A4H4	Patients immunodéprimés		A6H6 A9H9
A5H5	Victimes du DES		A6H6 A9H9
A6H6	Adenocarcinome in situ		A6H6 A9H9

Notification unique avec remboursement des tests HPV et examens cytologiques en cas de surdité tenant compte des recommandations scientifiques.

Risque temporairement élevé

Pseudocode	Indication	Indication de contrôle	Code de nomenclature dont l'utilisation est signalée
A7H7	Risque élevé temporaire (suivi diagnostique ou thérapeutique)		A5H5 A8H8

Notification unique avec remboursement des tests de suivi (HPV et cytologie) deux fois par année civile tant qu'il y a un suivi médicalement nécessaire, puis une fois par année civile.

Date de début :/...../.....

Identification du médecin prescripteur

Nom : Prénom :

Numéro INAMI :

Date et signature :

Cachet :

Je soussignéeatteste par la présente, avoir été informée du supplément d'honoraire par test.

Signature du médecin

Signature de la patiente