



Demande d'analyse **DEPISTAGE ET SUIVI CANCER ANAL**

IDENTIFICATION PATIENT

(étiquette ou remplir tous les champs)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse :

.....

NISS :

Code Mutuelle :

ETIQUETTE DU PATIENT

MEDECIN PRESCRIPTEUR

(cachet + signature)

MEDECIN(S) A INFORMER

PRELEVEMENT(S) (remplir tous les champs)

Date :

Heure :

URGENT : ☐ Oui ☐ Non

INDICATION D'EXAMEN *

DEPISTAGE

☐ Pas de facteurs de risques (symptomatiques, lésion visible, ...)

☐ Haut risque : ☐ VIH ☐ Transplanté ☐ Immunodéprimé non VIH ☐ HSH ☐ PrEP

Cause :

Antécédents anorectaux : ☐ Aucun/inconnu ☐ LSIL/AIN1 ☐ LSIL/AIN2-3

☐ Cancer anal (date traitement) :

SUIVI

☐ VIH ☐ Transplanté ☐ Immunodéprimé non VIH ☐ HSH ☐ PrEP

Cause :

Résultats antérieur (si connu) : ☐ Cytologie : ☐ HPV : ☐ Biopsie :

☐ Traitement :

☐ Lésion visible / condylomes

☐ Symptômes : ☐ Saignement ☐ Douleur ☐ Prurit ☐ Masse ☐ Autre

☐ Autres dysplasies/cancers HPV (entourer la mention utile) : col vulve vagin pénis ORL

Vaccination HPV : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Remarques / informations utiles :

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

TYPE D'EXAMEN **

☐ Cytologie anale ☐ Détection HPV haut risque ** ☐ Co-testing **

** La détection d'HPV est une analyse à charge du/de la patient(e) (supplément de 32 €). Pour que cette analyse soit réalisée, le verso de ce formulaire doit impérativement être complètement rempli sous peine de la non réalisation de cette analyse le cas échéant.

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE

N° EXAMEN :

Nombre de prélèvements :

INFORMATION ET CONSENTEMENT PATIENT

- ☐ Le/la patient(e) a été informé(e) que la recherche d'HPV sur frottis anal n'est pas remboursée par la mutuelle car celle-ci n'entre pas dans les conditions de remboursement définie par l'INAMI.
- ☐ Le/la patient(e) est d'accord pour la réalisation du test HPV et accepte de payer le montant de cette analyse.

Montant à charge du/de la patient(e) : 32 € (ce montant couvre uniquement la détection d'HPV).

Nom et prénom du/de la patient(e) :

Signature du/de la patient(e) :

Date :/...../.....

Nom, Prénom, n° INAMI (cachet) et signature du prescripteur :