



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 *

☐ Dépistage ☐ Suivi

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

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

Cause immunosuppression :

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

☐ Cancer anal (date, traitement) :

Résultats antérieurs (si connus) : ☐ Cytologie : ☐ HPV : ☐ Biopsie :

☐ Traitement :

☐ Lésion visible (condylomes,)

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

☐ Dysplasies/cancers, HPV dans une autre localisation (*entourer la mention utile*) : col vulve vagin pénis ORL

Préciser :

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 :

- ☐ 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 :