

## Aanvraag voor cervicovaginaal cytologisch onderzoek

Ruimte voorbehouden voor het labo

|                                                                                                    |           |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum ontvangst                                                                                    | Patholoog | Ontvanger                                                                               |
| <b>Identificatie patiënt (ZH- vignet)</b>                                                          |           | <b>Identificatie voorschrijvende geneesheer (stempel)</b>                               |
| Naam en voornaam<br>Geboortedatum<br>Adres<br>Verzekeringsgegevens<br>INSZ nummer<br>Patiëntnummer |           | Naam en voornaam<br>Adres<br>RIZIV-nr.<br><b>Handtekening</b><br><br>Kopie aan<br>Adres |

**Datum afname** .....

**Uur afname** .....

☐ **DRINGEND**

Tel.: .....

**OORSPRONG STAAL\*:** ☐ Cervix ☐ Vaginakoepel ☐ Vulva ☐ Vaginawand

**KLINISCHE INFO:** ☐ Menopauzaal ☐ OAC/IUD ☐ Postpartum/lactatie ☐ HST ☐ .....

.....

.....

### INDICATIE VAN HET ONDERZOEK\*:

- **Georganiseerde screening** naar baarmoederhalskanker
  - ☐ **Van 25-29j:**
    - ☐ Primair cytologisch onderzoek (589853-589864) met reflex HR-HPV-test bij ASCUS (553630-553641) (**1x / 3 kalenderjaren**)
    - ☐ Co-test (HPV) op verzoek van patiënt/arts (opleg mogelijk indien buiten RIZIV richtlijnen\*)
  - ☐ **Van 30-64j:**
    - ☐ Primaire HPV-test (553615-553626) met reflex cytologie indien HR-HPV+ (591791-591802) (**1x / 5 kalenderjaren**)
    - ☐ Co-test (cytologie) op verzoek van patiënt/arts (opleg mogelijk indien buiten RIZIV richtlijnen\*)
  - ☐ **>65j:** éénmalige HPV- en cytologisch test **indien geen terugbetaalde screening in de voorbije 10 jaar**
    - ☐ Cytologisch onderzoek (589853-589864) en HR-HPV-test ( 553615-553626)
- **12 maanden triage/follow-up na 1<sup>ste</sup> afwijkende screening** naar baarmoederhalskanker
  - ☐ **Van 25-29j:** indicatie: ASC-US en HR-HPV+ of LSIL
    - ☐ Cytologisch onderzoek (591813-591824) met reflex HR-HPV-test bij ASCUS (553652-553663)
    - ☐ Co-test (HPV) op verzoek van patiënt/arts (opleg mogelijk indien buiten RIZIV richtlijnen\*)
  - ☐ **Van 30-64j:** indicatie: HR-HPV non-16/18+ en NILM
    - ☐ HR-HPV-test (553652-553663) met reflex cytologie indien HR-HPV+ (591813-591824)
    - ☐ Co-test (cytologie) op verzoek van patiënt/arts (opleg mogelijk indien buiten RIZIV richtlijnen\*)
  - ☐ **>65j:** indicatie: HR-HPV non-16/18+/NILM of HR-HPV-/ASC-US
    - ☐ HR-HPV-test (553652-553663)
    - ☐ Co-test (cytologie) op verzoek van patiënt/arts (opleg mogelijk indien buiten RIZIV richtlijnen\*)
- **BUITEN de georganiseerde screening (\*):** geen van bovenstaande indicaties (bv. ≤ 24 jaar, >65 jaar binnen de 10 jaar, andere.....) o.b.v. geïnformeerd (= **opleg per test**) verzoek van de patiënt voor
 

☐ Cytologie (36,44EUR)
 ☐ HPV-testing (32,76EUR)
 Handtekening patiënt

○ **Uitzonderingen**

☐ **Diagnostische** of ☐ **Therapeutische opvolging** conform de richtlijnen\*\* middels cytologie of HR-HPV test

- ☐ Cytologisch onderzoek (591813-591824)
- ☐ HR-HPV-test (553652-553663)
- ✓ 1x per kalenderjaar zolang medisch noodzakelijk
- ✓ Uitzonderlijk 2x per kalenderjaar **mits notificatie "tijdelijk hoogrisico" aan adviserend arts van de V.I.\*\*\***
- ✓ **Motivatief of indicatie (verplicht):**
  - ☐ Opvolging van HPV-geassocieerd letsel; specificeer: .....
  - ☐ Opvolging van HPV-independent letsel; specificeer:.....

☐ Screening bij **hoogrisico** patiënt **mits notificatie aan adviserend arts van de V.I.\*\*\***

- ☐ Cytologisch onderzoek (591835-591846)
- ☐ HR-HPV-test (553674-553685)

**Let wel: de indicatie is verplicht te vermelden**

- ☐ **Klinisch-diagnostische indicatie (cytologie + HR-HPV test):**
  - ☐ Onverklaard bloedverlies post-menopauzaal
  - ☐ Therapie-resistent bloedverlies
  - ☐ Onverklaard bloedverlies post-coïtaal
  - ☐ Andere symptomen:.....
- ☐ **Immuungecompromiteerde patiënt(e) (cytologie of HR-HPV test, afhankelijk van de leeftijd):**
  - ☐ HIV-positief (CD4 <350/µl of HIV RNA > 200 cp/ml)
  - ☐ Na orgaantransplantatie
  - ☐ Na allogene stamceltransplantatie
  - ☐ SLE
  - ☐ Congenitale primaire immuundeficiëntie
  - ☐ Onder behandeling voor
  - ☐ Inflammatoire darmaandoeningen
  - ☐ Reumatologische aandoeningen
  - ☐ Sarcoïdose
  - ☐ Neuromyelitis optica
  - ☐ Patiënten onder immuunsuppressiva
- ☐ DES-slachtoffer (cytologie + HR-HPV test):
- ☐ Adenocarcinoma in situ (cytologie + HR-HPV test):

\* Het correct en volledig invullen van deze administratieve gegevens is een wettelijke verplichting. Alle rubrieken moeten verplicht ingevuld worden. Zie labgids Pathologische Anatomie (link hoger voor instructies staalafname)

\*\* Zie website Sciensano voor de laatste wetenschappelijke richtlijnen

\*\*\* V.I. = Verzekeringsinstelling

**Voorbehouden voor dienst pathologie : aanvraag voor REFLEXTEST**

Gegevens voorschrijver (+ datum en handtekening):

Patiëntengegevens (adres, geboortedatum, vignet mutualiteit/verzekering):

- ☐ Reflex **HPV-test** na georganiseerde screening (553630-553641)
- ☐ Reflex **cytologie** na georganiseerde screening (591791-591802)
- ☐ Reflex **HPV-test** FU (553652-553663)
- ☐ Reflex **cytologie** FU (591813-591824)