



LABORATOIRE  
D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE  
RUE FERRER, 159  
B-7100 HAINE-SAINT-  
PAUL

**Demande d'examen cytologique  
gynécologique**

Ref : A-G-DE029-02  
Version : 02  
Applicable le : 13-01-2020



Adresse : rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul

Tél Secrétariat : (064) 23 3070 Fax : (064) 23 3682 E-mail : [secretariat.anatomopathologie@jolimont.be](mailto:secretariat.anatomopathologie@jolimont.be)

<b>PATIENT :</b>  VIGNETTE DE MUTUELLE OU VIGNETTE INFORMATIQUE	Dossier : ..... Nom : ..... Prénom : ..... DDN : ...../...../..... NISS : ..... Adresse : ..... ..... Contact : .....	N° DEMANDE (Réservé au laboratoire)
---	---	--

Date du prélèvement : ...../...../.....     **URGENT :**  
 Réponse attendue pour le : ...../...../.....

**ANTECEDENTS :** Date du frottis précédent : ...../...../.....    Résultat : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES :**

Dernières règles : ...../...../.....

Contraception-Statut Hormonal :

- Aucun                       Stérilet                       Post-Partum                       Ménopause  
 Pilule                               Grossesse                       Péri-ménopause                       Ménopause-THS

Autre : .....

**EXAMEN SOUMIS AU REMBOURSEMENT :**

- Frottis de dépistage (1x/ période de 3 années civiles)
- Frottis de suivi diagnostique : (2x/année civile jusqu'à négativation)  
 Date : ...../...../.....  
 Dernier diagnostique : .....
- Frottis de suivi thérapeutique : (2x/année civile jusqu'à la négativation)
  - HSIL traité par conisation
  - Hystérectomie
  - Autre : .....

**EXAMEN A CHARGE DE LA PATIENTE (SIGNATURE DE LA PATIENTE OBLIGATOIRE) :**

(Hors nomenclature)

- Convenance : 28,47€
- HPV si nécessaire : 53€
- Autre : .....

*Signature patiente pour accord*

**RESERVE AU LABORATOIRE :** (remarques, non conformités)

<b><u>PRESCRIPTEUR :</u></b> (CACHET ET SIGNATURE) Nom et prénom : ..... Adresse : ..... ..... INAMI. : ..... Signature : .....	<b><u>COPIES :</u></b> (Nom + Prénom) ..... ..... ..... .....
--	---