

Analyseaanvraag : Cervico-vaginaal uitstrijkje

Site Sainte-Elisabeth - avenue de Frélaan 206 - 1180 BRUXELLES - BRUSSEL
Tel.: 02 614 25 80 - Fax: 02 614 25 84 - E-mail: anapath.se@cliniquesdeleurope.be

Voorschrijver + RIZIV - nummer	Naam : Voornaam : Geboortedatum : Adres :
Kopie Dr :	☐ STE ☐ STM ☐ Bella Vita ☐ Extern

De indicatie van het onderzoek moet ingelicht worden op deze analyseaanvraag om van een eventuele terugbetaling te genieten

Datum afname staal : Leeftijd van de patiënte :

Oorsprong staal : ☐ Cervix ☐ Vaginakoepel ☐ Vaginawand ☐ Vulva

Indicatie van het onderzoek: [Link naar Sciensano.be](#) [Link naar RIZIV - formulier](#)

Klinische gegevens:

Georganiseerde screening naar baarmoederhalskanker

- ☐ 25-29 jaar: Primair cytologisch onderzoek (1x/3 kalenderjaren) (589853-589864). **Indien atypie** → reflex ***HPV- testing** CYGC-D
- ☐ 30-64 jaar: Primaire ***HPV- testing** (1x/5 kalenderjaren) (553615-553626). **Indien HPV POS** → reflex cytologie BMGC-D
- ☐ ≥ 65 jaar: Eenmalige Co-testing (Cyto+***HPV**) indien geen terugbetaalde screening in de voorbije 10 jaar (589853-589864 + 553615-553626) COGC-D

Triage op 12 maanden in het kader van opvolging van georganiseerde screening

- ☐ 25-29 jaar: Primair cytologisch onderzoek (591813-591824). **Indien atypie** → reflex ***HPV- testing** CYGC-S12M
- ☐ 30-64 jaar: Primaire ***HPV- testing** (553652-553663). **Indien HPV POS ander dan 16/18** → reflex cytologie BMGC-S12M

Diagnostische en therapeutische opvolging anders dan triage (1x/jaar)

- ☐ 25-29 jaar: Primair cytologisch onderzoek (591813-591824). **Indien atypie** → reflex ***HPV- testing** CYGC-S
- ☐ ≥ 30 jaar: Primaire ***HPV- testing** (553652-553663). **Indien HPV POS** → reflex cytologie BMGC-S

Opvolging tijdelijk hoogrisico (bv. onbehandeld HSIL) → 2x/jaar + RIZIV- formulier** om van terugbetaling te genieten

- ☐ Co-testing : Cyto + ***HPV- testing** (591813-591824 + 553652-553663) COGC-S

Klinische test met symptomen (bv. Bloedverlies in de baarmoeder) conform de richtlijnen + RIZIV- formulier** om van terugbetaling te genieten

- ☐ Co-testing : Cyto + ***HPV- testing** (591835-591846 + 553674-553685) COGC-C

Hoogrisico groep (immunogecompromiteerd/DES/AIS) conform de richtlijnen + RIZIV- formulier** om van terugbetaling te genieten

- ☐ Immunogecompromiteerd 21-29 jaar : Primair cytologisch onderzoek (591835-581846). **Indien atypie** → reflex ***HPV- testing** CYGC-C
- ☐ Immunogecompromiteerd ≥ 30 jaar : Primaire ***HPV- testing** (553674-553685). **Indien HPV POS** → reflex cytologie BMGC-C
- ☐ DES/AIS : Co-testing : Cyto + ***HPV- testing** (591835-591846 + 553674-553685) COGC-C

Andere dan voorgaande opties maar op verzoek van naar behoren geïnformeerde patiënte (onderzoek ten laste van patiënte)

- ☐ Cytologisch onderzoek (50.47 EUR) CYGC-P
- ☐ ***HPV- testing** (47.20 EUR) BMGC-P
- ☐ Co-testing : Cyto + ***HPV- testing** (50.47 EUR + 47.20 EUR) COGC-P

Geïnformeerde toestemming van de patiënte: Datum en handtekening

***HG HPV Testing, certificaat BELAC n°630-MED**

****Terugbetaling indien RIZIV – formulier ingevuld en teruggestuurd is naar medisch adviseur**

NC indien van toepassing:	PM	IR	VR	MM	Tech:	Encod:	Tri:	Aantal potjes:
---------------------------	----	----	----	----	-------	--------	------	----------------