

**Demande d'analyse : Frottis cervico-vaginal**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

Prescripteur + INAMI

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Copie Dr :

 STE  STM  Bella Vita  Externe

L'indication de l'examen doit être renseignée sur ce bon d'analyse pour pouvoir bénéficier d'un remboursement éventuel

Date du prélèvement :Age de la patiente :Origine du prélèvement : Col Coupole vaginale Paroi vaginale VulveIndication de l'examen:[Lien vers Sciensano.be](#)[Lien vers formulaire INAMI](#)Renseignements cliniques complémentaires :**Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus** 25-29 ans: Cytologie primaire (1x/3 années calendrier) (589853-589864). **Si atypie** → test HPV\* réflexe CYGC-D 30-64 ans: HPV\* primaire. (1x/5 années calendrier) (553615-553626). **Si HPV POS** → cytologie réflexe BMGC-D ≥ 65 ans : Co-testing (Cyto + HPV\*) unique si pas de screening remboursable les 10 dernières années (589853-589864 + 553615-553626) COGC-D**Triage à 12 mois dans le cadre d'un suivi du dépistage organisé** 25-29 ans: Cytologie primaire (591813-591824). **Si atypie** → test HPV\* réflexe CYGC-S12M 30-64 ans: HPV\* primaire (553652-553663). **Si HPV POS autre de 16/18** → cytologie réflexe BMGC-S12M**Suivi diagnostique et thérapeutique autre que le triage (1x/an)** 25-29 ans: Cytologie primaire (591813-591824). **Si atypie** → test HPV\* réflexe CYGC-S ≥ 30 ans: HPV\* primaire (553652-553663). **Si HPV POS** → cytologie réflexe BMGC-S**Suivi haut risque temporaire (ex. HSIL non traité) → 2x/an + formulaire INAMI\*\* pour bénéficier du remboursement** Co-testing : Cyto + HPV\* (591813-591824 + 553652-553663) COGC-S**Test clinique avec symptômes (ex. perte de sang utérine) conformément aux directives + formulaire INAMI\*\* pour bénéficier du remboursement** Co-testing : Cyto + HPV\* (591835-591846 + 553674-553685) COGC-C**Groupe à haut risque (immunodéprimée/DES/AIS) conformément aux directives + formulaire INAMI\*\* pour bénéficier du remboursement** Immunodéprimée 21-29 ans : Cytologie primaire (591835-591846). **Si atypie** → test HPV\* réflexe CYGC-C Immunodéprimée ≥ 30 ans : HPV\* primaire (553674-553685). **Si HPV POS** → cytologie réflexe BMGC-C DES/AIS : Co-testing : Cyto + HPV\* (591835-591846 + 553674-553685) COGC-C**Autre que options précédentes mais demande de la patiente dûment informée (examen à charge patiente)** Examen de cytologie (50.47 EUR) CYGC-P**Consentement éclairé de la patiente : Date et signature** Examen HPV\* (47.20 EUR) BMGC-P Co-testing : Cyto + HPV\* (50.47 EUR + 47.20 EUR) COGC-P**\*HG HPV Testing, certificat BELAC n°630-MED****\*\*Remboursement si formulaire INAMI complété et envoyé au médecin conseil**

NC si applicable :

PM

IR

VR

MM

Tech :

Encodage :

Triage :

Nb pots :