

Datum Ontvangst:



**DIENST ANATOMO-PATHOLOGIE A.S.Z. AV**

Merestraat 80-B-9300 Aalst

Tel. Secretariaat: 053/76 48 36

Voor meer info: zie onze website [www.asz-pathologie.be](http://www.asz-pathologie.be)

**AANVRAAGFORMULIER CERVICOVAGINALE CYTOLOGIE**

**VERPLICHT VOLLEDIG in te vullen door aanvragende arts**

**Patiëntengegevens**

Naam:

Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Geslacht: M/V

Mutualiteitsgegevens:

Reden van staalname	Aanvragende arts
<ul style="list-style-type: none"><li>◇ Screening</li><li>◇ Follow-up/diagnostisch</li><li>◇ Bevolkingsonderzoek</li><li>◇ Controle na diagnose "onvoldoende"</li><li>◇ Screening buiten RIZIV</li><li>◇ HPV-PCR buiten RIZIV</li></ul>	<p>Naam: RIZIV-nr: Handtekening:</p> <p><b>Kopij aan Dr.:</b></p>
Staalgegevens	Klinische gegevens
<p><b>Datum afname: ...</b></p> <p>Materiaal: ◇ Conventioneel uitstrijkje ◇ LBC</p> <p>Herkomst: ◇ Cervix ◇ Vagina</p> <p>Datum vorige afname: ...</p> <p>◇ <b>Indien dringend graag telefoonnummer: ...</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◇ Totale Hysterectomie</li><li>◇ Subt Hysterectomie</li><li>◇ HPV vaccinatie Datum eerste vaccinatie: ...</li><li>◇ Zwangerschap</li><li>◇ Postpartum</li><li>◇ IUD</li><li>◇ Datum laatste menses: ...</li><li>◇ Hormonale therapie</li><li>◇ Menopauze sinds: ...</li><li>◇ Substitutie</li><li>◇ Postmenopauzaal bloedverlies</li><li>◇ Andere: ...</li></ul>

**VOORBEHOUDEN VOOR LABORATORIUM**