



Laboratorium Pathologische Anatomie PA²

Lindendreef 1 - 2020 Antwerpen
Secretariaat T 03/280 48 15 - F 03/280 48 61
pathologie@zna.be - labopathologie.gza@gza.be



staalnummer

AANVRAAGFORMULIER CERVICOVAGINALE CYTOLOGIE

IDENTIFICATIE PATIENT	IDENTIFICATIE AANVRAGENDE ARTS
Contactnummer: <i>bij voorkeur patiëntsticker</i>	Naam en voornaam:
Naam en voornaam:	RIZIV-nummer:
Geboortedatum:	Contact tel:
☐ Vrouw ☐ man	Handtekening:
Adres:	Kopie aan:
Afdeling:	

PRE-ANALYTISCHE GEGEVENS	
Datum staalname:	Uur staalname:
Aard van het staal: ☐ cervix ☐ vaginakoepel ☐ andere:	

KLINISCHE INLICHTINGEN
Cytologisch onderzoek ☐ Preventief onderzoek (max 1x/3 jaar) ☐ Opvolging (max 2x/jaar tot negatief resultaat en indien vorig advies verschilde van 'normaal screeningsschema') ☐ Op vraag van patiënte/arts: de aanvrager bevestigt hierbij dat de patiënte zich akkoord verklaart tot betaling van de kosten
HPV-OPSPORING* ☐ HPV detectie en typering op vraag van patiënte/arts: de aanvrager bevestigt hierbij dat de patiënte zich akkoord verklaart tot betaling van de kosten
* Cytologisch onderzoek wordt automatisch gevolgd door HPV detectie en typering indien wordt voldaan aan de voorwaarden voor RIZIV terugbetaling

LAATSTE MENSES Datum:/...../..... ☐ < 14 dagen ☐ > 14 dagen	MENOPAUZE Sinds:/...../..... ☐ met substitutie ☐ zonder substitutie	☐ ZWANGERSCHAP ☐ POSTPARTUM
CONTRACEPTIE EN/OF HORMONALE THERAPIE ☐ nee ☐ ja: ☐ OAC: ☐ IUCD: ☐ andere:	STATUS POST ☐ conisatie: ☐ hysterectomie: ☐ chemotherapie: ☐ radiotherapie: ☐ vaccinatie: ☐ andere:	
FOLLOW UP AFWIJKENDE CERVIXCYTOLOGIE:		
Datum:/...../.....		
KLACHTEN/KLINISCH LETSEL:		
.....		
.....		