UZ LEUVEN

CERVICOVAGINALE CYTOLOGIE

AANVRAAGFORMULIER

Pathologische Ontleedkunde - Herestraat 49 - 3000 Leuven
tel.: 016 33 66 23 - fax: 01633 65 48

09-2019

Nr. 9997

Datum afname: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Aard van het staal: ☐ Cervix ☐ Vaginakoepel (cervix afwezig) ☐ Vaginawand (cervix aanwezig)

Klinische gegevens

Manier van afname:
- ☐ Cervex-Brush
- ☐ Cervex-Brush Combi
- ☐ EndoCervex-Brush-S
- ☐ Cervex-Brush + EndoCervex-Brush-S

Resultaat laatste uitstrijkje:
- ☐ Normaal
- ☐ ASC-US
- ☐ ASC-H
- ☐ LSIL
- ☐ HSIL
- ☐ AGC, endocervicaal
- ☐ AGC, endometrium
- ☐ AIS
- ☐ Carcinoom
- ☐ Geen / niet gekend

Bloedingspatroon:
- ☐ Amenorrhoe
- ☐ Minder dan 2 weken geleden
- ☐ Meer dan 2 weken geleden
- ☐ Postmenopauzale bloeding
- ☐ Metrorragie

Datum laatste uitstrijkje:
- ☐ Nooit onderzocht
- ☐ 1 tot 5 maanden geleden
- ☐ 6 tot 12 maanden geleden
- ☐ 1 tot 3 jaar geleden
- ☐ Meer dan 3 jaar geleden

Gynaecologische status:
- ☐ Reproductieve leeftijd
- ☐ Menopauze met substitutie
- ☐ Menopauze zonder substitutie
- ☐ Postpartum / lactatie
- ☐ Zwanger

IUCD:
- ☐ Ja
- ☐ Neen

Voorgeschiedenis:
- ☐ Geen
- ☐ Plaveiselcelcarcinoom cervix / vagina / vulva
- ☐ Endometriumcarcinoom
- ☐ Adenocarcinoom endocervix
- ☐ Adenocarcinoom borst met anti-oestrogeen therapie
- ☐ Rectum- / coloncarcinoom
- ☐ Ovariumcarcinoom

Reden van het onderzoek:
- ☐ Individuele preventie (maxium) éénmaal om de 3 kalenderjaren)
- ☐ Preventief binnen 3 kalenderjaren op verzoek van de patiënt (ten laste van de patiënt)
- ☐ Vervolgonderzoek; enkel indien vorig advies verschilde van 'normaal screeningsschema'

HPV gevaccineerd:
- ☐ Ja
- ☐ Neen

HPV bepalingen:
- ☐ Neen
- ☐ HPV mRNA bepaling op vraag van patiënt (ten laste van de patiënt)
- ☐ Indien HPV mRNA bepaling positief, bepalen van HPV genotypering. (ten laste van de patiënt)

CINtec PLUS bepaling:
- ☐ Neen
- ☐ Ja (ten laste van de patiënt)

Vorige / huidige therapie:
- ☐ Geen / andere
- ☐ Laservaporisatie / LLETZ / consiatie
- ☐ Hysterectomie
- ☐ Pelvische radiotherapie
- ☐ Chemotherapie
- ☐ Combinatie van bovenstaanden

Andere relevante klinische info:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

AANVRAAGDATUM: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

AANVRAGER Dr.: _____

I.D. nr.: R.I.Z.I.V.nr.: ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ Handtekening:

ADRES AANVRAGER: _____

_____

TEL. AANVRAGER: _____

EENHEID: _____ KAMER/BED: _____ / _____

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr. ☐☐☐☐☐☐☐

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (d d m m j j j j) Geslacht: ☐

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: ☐☐☐ / ☐☐☐

Nr. verzekering ☐☐☐ Verwantschap ☐

Stamnr.: _____

KLEEFVIGNET MUTUALITEIT

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____

Identificatienr.: _____ Dienst: _____

Art. 619997