

**LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE CYTOLOGIE**

Dr A. GODON (Chef de service) Dr M. VIVARIO Dr N. DETREMBLEUR

ESPACE RESERVE AU LABO

**RENSEIGNEMENTS PATIENTE :**  Int.B / M  Ext. B / M / V  Privé

N° NDA :

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

**ETIQUETTE HOSPI**

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F. / M.

Mutuelle :

**OU VIGNETTE**

**VERIF. FACTURATION ANTER.**

Nouveau

ATCD :

FCVO (Ph.Liq)  FCV3 (suivi)  FCV4 (conv)

Parafe Secr :

**NON CONFORMITE**

D		
E		
F		
P		
B		

**CYTOLOGIE CERVICO-VAGINALE**

**ANNEE du DERNIER FCV analysé :**

Réalisée à Bastogne :

**20**

Autre labo à préciser

**URGENCE**

Contact ; téléphone :

**CONTEXTE et SUIVI éventuel :**

• Selon vos données :

Dépistage  Convenance  Suivi

• Date Dernières Règles :

• Ménopause :

Oui  Non

• Traitement hormonal/autre :

DIU

• ATCD, suivi et autres observations :

**SCREENING**

**LABO :**

RESERVE

LABO

« Sample is dilute ? »

Si FCV réalisé pour convenance personnelle, merci de faire compléter la déclaration de consentement éclairé (cf. verso).

**PRESCRIPTEUR :** (ou cachet médical)

Nom/Prénom :

N° INAMI :

**DATE PRESCRIPTION et PRELEVEMENT :**

**SIGNATURE :**

**Copie des résultats à :**

**Ce frottis de dépistage est effectué hors remboursement INAMI :**

A.R. 11/02/2013 (M.B.25/02/2013): hors contexte conditionnel de suivi, la prestation 588350 – 588361 n'est remboursée qu'une seule fois toutes les trois années civiles. En conséquence, une somme forfaitaire de +/- 28€ (base 2018, indexable) sera facturée à la patiente avec son consentement éclairé.

-----

**Consentement éclairé, conformément à l'art. 8 de la Loi relative aux droits du patient.**

Je soussignée, Mme ..... , informée de la réglementation en vigueur et sachant de ce fait que je n'ai droit à ce jour à aucun remboursement de la mutuelle en la matière, charge expressément le Dr ..... d'effectuer un frottis cervicovaginal en vue d'un examen cytopathologique.

Outre la facturation de l'examen cytopathologique effectué par le laboratoire d'Ifac/Vivalia, selon la nécessité ... (cocher la case adéquate)

J'autorise

Je n'autorise pas

la recherche d'HPV oncogène par biologie moléculaire auprès du CHU de Liège, l'analyse étant réalisée et facturée hors remboursement INAMI pour un montant approximatif de +/- 55 euros (base 2018, indexable).

Ce document est archivé dans le dossier patient de notre laboratoire. Sur simple demande de la patiente ou du médecin ayant prélevé l'échantillon, une copie lui sera transmise.

**La patiente**

**Visa du médecin traitant/gynécologue**

Pour accord,

Date :

Date :

Signature :

Signature :