

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 (maximum
-
- 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
-
-
- Hoogrisico HPV PCR incl. genotypering
-
- 16/18/45
-
- buiten indicatie (ten laste van patient)

CINtec PLUS bepaling:

-
- Neen
-
-
- Ja (ten laste van de patiënt)

Vorige / huidige therapie:

-
- Geen / andere
-
-
- Laservaporisatie / LLETZ / conisatie
-
-
- 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: [][][][][][][][][][] Geslacht: []
 d d m m j j**VERZEKERINGSINSTELLING** KG1/KG2: [][][] / [][][]

Nr. verzekering [][][] Verwantschap []

Stamnr.: _____

Indien patiënt elders gehospit. is: Naam inrichting _____

Identificatienr.: _____ Dienst: _____