



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 / andere  
 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  
 (de patiënt is ervan op de hoogte en mee akkoord dat dit voor eigen rekening is)  
 Klacht: postcoïtaal bloedverlies  
 Klacht: andere  
 Vervolgonderzoek; enkel indien vorig advies verschilde van 'normaal screeningsschema'

**HPV gevaccineerd:**

- Ja  
 Neen

**Vorige / huidige therapie:**

- Geen / andere  
 Laservaporisatie / LLETZ / conisatie  
 Hysterectomie  
 Pelvische radiotherapie  
 Chemotherapie  
 Combinatie van bovenstaanden

**Andere relevante klinische info:**

.....  
.....  
.....  
.....

AANVRAAGDATUM: \_\_\_\_\_ UUR \_\_\_\_ u \_\_\_\_

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 Geslacht: [ ] [ ]

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]  
Nr. verzekering [ ] [ ] [ ] [ ] Verwantschap [ ] [ ]  
Stamnr. \_\_\_\_\_

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting \_\_\_\_\_  
Identificatienr.: \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_