AANVRAAGFORMULIER (niet voor intern UZ Brussel)

Tweede lezing en/of HPV-test bij cervicovaginale cytologie

Universitair Ziekenhuis Brussel

Bestemd voor anatomo-pathologie UZ Brussel
Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel, Tel. 02 477 50 84 / 02 477 50 86

Patiënt identificatie:

Naam:

Voornaam:

Geslacht: ☐ M ☐ V

Geboortedatum:

Adres:

Rijksregisternummer:

Mutualiteit: (kleefbriefje of in te vullen)

Naam ziekteverzekering:

INSZ nummer:

Code:

Voorbehouden voor anatomo-pathologie UZ Brussel

(Nummer anatomo-pathologie)

Aanvragende patholoog:

Naam:

Voornaam:

Adres:

RIZIV nr.:

Handtekening:

Pre-analytische gegevens staal:

Datum aanvraag:

Uw referentienummer:

Datum staalname:

Aard van het materiaal: ☐ Cervicovaginale uitstrijk
☐ Andere, specificeer: …….

Oorspronkelijke verwerkingsmethode: ☐ ThinPrep (Hologic)
☐ SurePath (BD)
☐ Andere, specificeer: …….

Relevante klinische informatie: ……..…….
……..……

Gelieve het lotnummer en de vervaldatum van het recipïent zichtbaar te laten.

Gevraagd onderzoek:

☐ ***Tweede lezing:*** Diagnose eerste lezing: …….

☐ ***enkel HPV-test:***
☐ Bij preventief onderzoek
☐ Bij diagnostische of therapeutische opvolging
☐ Buiten RIZIV terugbetaling

HPV testen worden uitgevoerd op liquid based cytologische stalen (BELAC-geaccrediteerd).
Raadpleeg de richtlijnen voor staalname in de online labogids van het UZ Brussel (http://laboguide.uzbrussel.be).

Kader voorbehouden voor anatomo-pathologie UZ Brussel