

**Demande d'analyses - Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus :  
Recherche de Papillomavirus à haut risque et / ou examen cytopathologique gynécologique**

Laboratoire de Biologie Clinique - Département Biologie Moléculaire - Réseau HELORA - Site de Jolimont (064 / 23 40 81)  
Laboratoire d'Anatomopathologie - Réseau HELORA - Site de Jolimont (064 / 23 30 70)

<b>RENSEIGNEMENTS PATIENT :</b> NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... SEXE : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F ADRESSE : ..... TEL : ..... / ..... PATIENT : <input type="checkbox"/> AMBULANT <input type="checkbox"/> HOSPITALISE dans le service : .....	<b>MEDECIN PRESCRIPTEUR</b> NOM : ..... PRENOM : ..... N° INAMI : ..... SIGNATURE : .....	<b>ETIQUETTE LABO :</b>
--	---	-------------------------

<b>RENSEIGNEMENTS MUTUELLE :</b>  <b>VIGNETTE</b> <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ascendant	<b>TRANSMISSION DES RESULTATS :</b> <input type="checkbox"/> Par courrier normal <input type="checkbox"/> D'urgence par téléphone au n° : ..... / ..... <input type="checkbox"/> D'urgence par FAX au n° : ..... / ..... <input type="checkbox"/> Par transfert électronique <b>COPIE DES RESULTATS</b> <input type="checkbox"/> Au Dr ..... <input type="checkbox"/> Au médecin traitant <input type="checkbox"/> Au Patient <b>INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE PRELEVEMENT</b> DATE DE PRESCRIPTION : ..... / ..... / ..... DATE / HEURE DE PRELEVEMENT : ..... / ..... / ..... A : ..... H ..... IDENTITE DU PRELEVEUR : .....
---	--

<b>ANTERIORITES ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> <b>NATURE DU PRELEVEMENT</b> <input type="radio"/> FROTTIS CERVICOVAGINAL <input type="radio"/> FROTTIS VAGINAL <b>ANTECEDENTS (si connus)</b> Date du frottis précédent (année) : ..... Résultat du frottis précédent : ..... Résultat Cytologie : ..... Résultat HPV : ..... <b>AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S) CLINIQUE(S) :</b> ..... .....	<b>STATUT HORMONAL :</b> <input type="radio"/> Aucun (HPV_STATUT_HORMO) <input type="radio"/> Pilule (STATUTHORMOPIIL) <input type="radio"/> Stérilet (STATUTHORMOSTER) <input type="radio"/> Implant (STATUTHORMOIMP) <input type="radio"/> Anneau vaginal (STATUTHORMOANN) <input type="radio"/> Grossesse (STATUTHORMOGRO) <input type="radio"/> Post-Partum (STATUTHORMOPP) <input type="radio"/> Péri-ménopause (STATUTHORMOPM) <input type="radio"/> Ménopause (STATUTHORMOMEN) <input type="radio"/> Ménopause - THS (STATUTHORMOMTHS)
---	--

**ANALYSE(S) SOUHAITEE(S) DANS LE CADRE DES INDICATIONS INAMI (REMBOURSEES)**

*Nous attirons votre attention que tout examen prescrit sera effectué. S'il s'avère ne pas répondre aux conditions de remboursement, ou en cas de refus ultérieur par l'organisme assureur, la facturation des tests réalisés sera adressée à votre patiente. Merci d'en tenir compte et d'en informer votre patiente.*

**FROTTIS DE DEPISTAGE**

HPV	<input type="radio"/> <b>Frottis de dépistage standard</b> <u>Conditions de remboursement :</u> - <b>NON</b> remboursé avant l'année civile des 25 ans - année civile des 25 à 29 ans : Max 1x / 3 années civiles (screening par cytologie) - année civile des 30 à 64 ans : Max 1x / 5 années civiles (screening par PCRHPV) ( <b>exception</b> : autorisé 3 ans après le précédent dépistage, pour le <b>premier</b> dépistage effectué après le 01/01/2025) - ≥ année civile des 65 ans, si aucun test dans les 10 dernières années : Max 1x (co-test : cytologie et PCRHPV)
HPV2	<input type="radio"/> <b>Répétition du frottis de dépistage, max 12 mois plus tard ("second triage")</b> <u>Condition de remboursement :</u> - <b>NON</b> remboursé avant l'année civile des 25 ans - année civile des 25 à 29 ans : 1 <sup>er</sup> dépistage ayant montré un ASC-US <u>avec</u> portage d'HR-HPV (quel que soit le génotype) <b>OU</b> un LSIL - année civile des 30 à 64 ans : 1 <sup>er</sup> dépistage ayant montré HPV à haut risque NON-16/18 mais une cytologie normale - ≥ année civile des 65 ans : 1 <sup>er</sup> dépistage ayant montré un ASC-US sans HR-HPV <b>OU</b> une cytologie normale avec un HR-HPV autre que 16/18

**FROTTIS DE SUIVI**

<u>Document de référence :</u> "Clinical Guidance : Supporting the introduction of the HPV test in cervical cancer screening in Belgium" (Sciensano)	
HPVSUIV1	<input type="radio"/> <b>Frottis de suivi diagnostique / thérapeutique par co-test (cytologie + PCRHPV), notamment post-conisation pour AIS : 1x/an</b> <u>Conditions de remboursement :</u> max 1x / année civile tant que médicalement nécessaire, sans critère d'âge
HPVSUIV2	<input type="radio"/> <b>Frottis de suivi diagnostique / thérapeutique pour Haut risque Temporaire par co-test (cytologie + PCRHPV) : 2x/an</b> <u>Conditions de remboursement :</u> max 2x / année civile si "Haut Risque temporaire" (ex : HSIL/CIN2/CIN3 non traité) <b>!! Notification obligatoire au médecin conseil via Annexe 100 (INAMI) !! (notification unique valable tant que la situation à risque persiste)</b>
HPVSUIV3	<input type="radio"/> <b>Frottis de suivi thérapeutique par PCR HPV (+ cytologie réflexe si PCR positive) : 1x/an</b> (post-conisation de CIN2/CIN3 ou post-hystérectomie de CIN2/CIN3/AIS)

**DEPISTAGE INTERCURRENT : INDICATION CLINIQUE / DIAGNOSTIQUE**

Conditions de remboursement : max 1x / épisode, sans critère d'âge.

HPVCC1	<input type="radio"/> <b>Perte de sang post-ménopause (PMB) (co-test : Cytologie + PCR HPV)</b>	} <b>!! Notification obligatoire au médecin conseil via Annexe 100 (INAMI) à chaque épisode !!</b>
HPVCC2	<input type="radio"/> <b>Perte de sang anormalement résistante à la thérapie (co-test : Cytologie + PCR HPV)</b>	
HPVCC3	<input type="radio"/> <b>Perte de sang post-coïtale inexpliquée (PCB) (co-test : Cytologie + PCR HPV)</b>	

**DEPISTAGE PLUS FREQUENT : GROUPES A HAUT RISQUE**

Conditions autorisant le remboursement : autant de fois que médicalement nécessaire (recommandé : 1x/an), sans critère d'âge.

HPVCC4	<input type="radio"/> <b>Patient immunodéprimé :</b> - 21-29 ans : cytologie (+ PCR HPV réflexe si requise) - ≥ 30 ans : PCR HPV (+ Cytologie réflexe si requis)	} <b>!! Notification obligatoire au médecin conseil via Annexe 100 (INAMI) !! (notification unique valable tant que la situation à risque persiste)</b>
HPVCC5	<input type="radio"/> <b>Groupe "DES" (diéthylstilbestrol) (co-test : Cytologie + PCR HPV)</b>	
HPVCC6	<input type="radio"/> <b>Groupe "AIS" (adénocarcinome in situ) (co-test : Cytologie + PCR HPV)</b>	

**ANALYSE(S) SOUHAITEE(S) HORS INDICATIONS INAMI (A CHARGE DE LA PATIENTE)**

HPVCYTOSEULECP	<input type="radio"/> <b>Cytologie seule</b>	12€	(index 2025)
HPVCYTOCP	<input type="radio"/> <b>Cytologie (+ PCR HPV réflexe si cytologie anormale)</b>	12€ (+23€)	(index 2025)
PCRHPVSEULECP	<input type="radio"/> <b>PCR HPV seule</b>	23€	(index 2025)
PCRHPVCP	<input type="radio"/> <b>PCR HPV (+ Cytologie réflexe si PCR positive)</b>	23€ (+12€)	(index 2025)
HPVCOTESTCP	<input type="radio"/> <b>Co-test (Cytologie + PCR HPV d'emblée)</b>	35€	(index 2025)

**BIOPSIE : SI UNE BIOPSIE EST EFFECTUEE SIMULTANEMENT A CE FROTTIS, MERCI DE NOUS EN INFORMER**

HPVBIOPSIE	<input type="radio"/> <b>Une biopsie a été réalisée simultanément à ce frottis (mettre la biopsie, sa demande dédiée, le frottis et cette demande dans le même sachet svp)</b>
------------	--