

**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 : .....
---	--

**ANTERIORITES ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

<b>NATURE DU PRELEVEMENT</b> <input type="radio"/> FROTTIS CERVICOVAGINAL <input type="radio"/> FROTTIS VAGINAL	<b>ANTECEDENTS (si connus)</b> Date du frottis précédent : ..... Résultat du frottis précédent : ..... Résultat Cytologie : ..... Résultat HPV : .....	<b>STATUT HORMONAL :</b> <input type="radio"/> Aucun (HPV_STATUT_HORMO) <input type="radio"/> Pilule (STATUTHORMOPIL) <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 (STATUTHORMOMENO) <input type="radio"/> Ménopause - THS (STATUTHORMOTH)
<b>AUTRE RENSEIGNEMENT CLINIQUE :</b> <input type="checkbox"/> PCB <input type="checkbox"/> PMB <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Patiente sous immunosuppresseurs	<input type="checkbox"/> Col fragile / saignant <input type="checkbox"/> Autre : .....	

**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  **Frottis de dépistage**  
Conditions de remboursement :  
- NON 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)  
(exception : autorisé 3 ans après le précédent dépistage, pour le premier dépistage effectué après le 01/01/2025)  
- >= année civile des 65 ans, si aucun test dans les 10 dernières années : Max 1x (co-testing : cytologie et PCRHPV)
- HPV2  **Répétition du frottis de dépistage maximum 12 mois après le précédent dépistage (à considérer comme acte de "suivi")**  
Condition de remboursement :  
- NON 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 avec portage d'HR-HPV (quel que soit le génotype) OU 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 (avec ou sans HR-HPV) OU un HR-HPV NON-16/18 mais une cytologie normale

**FROTTIS DE SUIVI**

- HPVSUIV1  **Frottis de suivi diagnostic / thérapeutique (co-testing : cytologie et PCRHPV) : 1x/an**  
Conditions de remboursement : max 1x / année civile tant que médicalement nécessaire, sans critère d'âge
- HPVSUIV2  **Frottis de suivi diagnostic / thérapeutique si Haut risque Temporaire (co-testing : cytologie et PCRHPV) : 2x/an**  
Conditions de remboursement : max 2x / année civile si "Haut Risque temporaire" (ex : HSIL)  
**!! Notification obligatoire au médecin conseil (notification unique valable aussi longtemps que la situation à risque persiste) !!**

**FROTTIS INTERCURENT POUR RAISON CLINIQUE / DIAGNOSTIQUE**

Conditions de remboursement : max 1x / épisode, sans critère d'âge.  
**!! Notification obligatoire au médecin conseil à chaque épisode !!**

- HPVCC123  **Perte de sang post-ménopause (co-testing : Cytologie + PCR HPV)**
- HPVCC123  **Perte de sang anormalement résistante à la thérapie (co-testing : Cytologie + PCR HPV)**
- HPVCC123  **Perte de sang post-coïtale inexplicquée (co-testing : Cytologie + PCR HPV)**

**Dépistage ou suivi plus fréquent dans les groupes à haut risque**

Conditions autorisant le remboursement : autant de fois que médicalement nécessaire (recommandé : 1x/an), sans critère d'âge.  
**!! Notification obligatoire au médecin conseil (notification unique valable aussi longtemps que la situation à risque persiste) !!**

- HPVCC4  **Patient immunodéprimé (21-29 ans : cytologie puis PCR réflexe si requis ; >= 30 ans : PCRHPV suivi d'une Cytologie réflexe si requise)**
- HPVCC5  **Groupe "DES" (diéthylstilbestrol) (co-testing : Cytologie + PCR HPV)**
- HPVCC6  **Groupe "AIS" (adénocarcinome in situ) (co-testing : Cytologie + PCR HPV)**

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

- HPVCYTOSEULECP  **Cytologie seule (pas de PCR HPV réflexe si positive)** (~34€, index 2024)
- HPVCYTOCP  **Cytologie (+ PCR HPV réflexe si requise)** (~34€ ; si PCRHPV réflexe nécessaire : + ~31€, index 2024)
- PCRHPVSEULECP  **PCR HPV seule (pas de cytologie réflexe si positive)** (~31€, index 2024)
- PCRHPVCP  **PCR HPV (+ Cytologie réflexe si requise)** (~31€ ; si Cytologie réflexe nécessaire : + ~34€, index 2024)
- HPVCOTESTCP  **Co-testing (Cytologie et PCR HPV d'emblée)** (~65€, index 2024)

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

- HPVBIOPSIE  **Une biopsie a été réalisée simultanément à ce frottis**