



Adresse : rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul
 Tél Secrétariat : (064) 23 3070 Fax : (064) 23 3682 E-mail : secretariat.anatomopathologie@jolimont.be

PATIENT : VIGNETTE DE MUTUELLE OU VIGNETTE INFORMATIQUE	Dossier : Nom : Prénom : DDN :/...../..... NISS : Adresse : Contact :	N° DEMANDE (Réservé au laboratoire)
---	---	--

Date du prélèvement :/...../..... **URGENT :**
 Réponse attendue pour le :/...../.....

ANTECEDENTS : Date du frottis précédent :/...../..... Résultat :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES :

Dernières règles :/...../.....

Contraception-Statut Hormonal :

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Post-Partum | <input type="checkbox"/> Ménopause |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Péri-ménopause | <input type="checkbox"/> Ménopause-THS |

Autre :

EXAMEN SOUMIS AU REMBOURSEMENT :

- Frottis de dépistage (1x/ période de 3 années civiles)
- Frottis de suivi diagnostique : (2x/année civile jusqu'à négativation)
 Date :/...../.....
 Dernier diagnostic :
- Frottis de suivi thérapeutique : (2x/année civile jusqu'à la négativation)
 - HSIL traité par conisation
 - Hystérectomie
 - Autre :

EXAMEN A CHARGE DE LA PATIENTE (SIGNATURE DE LA PATIENTE OBLIGATOIRE) :

(Hors nomenclature)

- Convenance : 28,47€
- HPV si nécessaire : 53€
- Autre :

Signature patiente pour accord

RESERVE AU LABORATOIRE : (remarques, non conformités)

PRESCRIPTEUR : (CACHET ET SIGNATURE)

Nom et prénom :
 Adresse :

 INAMI. :
 Signature :

COPIES : (Nom + Prénom)

.....

