



Datum afname*: Leeftijd patiënt:

Aard van het staal*: cervix vaginakoepel vaginawand

Indicatie van het onderzoek*:

- Binnen de georganiseerde **screening** naar baarmoederhalskanker
 - Van 25-29j: primair cytologisch onderzoek met reflex HPV testing als atypische **cellen (1x om de 3 kalenderjaren)**
 - Van 30-64j: primaire HPV-testing met reflex cytologie bij aanwezigheid van hr-HPV (**1x om de 5 kalenderjaren**)
 - >65j: Eénmalig HPV- en/of cytologisch test indien geen terugbetaalde screening geweest voorbij 10 jaar
- Diagnostische of therapeutische **opvolging** conform de richtlijnen**
 - middels** **co-testing** of **cytologie (afhankelijk van de indicatie)**
 - 1x per kalenderjaar zolang medisch noodzakelijk
 - Uitzonderlijk 2x per kalenderjaar mits notificatie "tijdelijk hoogrisico" aan adviserend arts** (zie ommezijde)
 - Motivatie of indicatie (verplicht):
 - Opvolging van HPV-geassocieerd letsel; specificeer:
 - Opvolging van HPV-independent letsel; specificeer:
- Screening bij **hoogrisico** patiënt middels co-testing
 Let wel: Notificatie aan adviserend arts van VI met indicatie is verplicht* in te vullen op ommezijde van dit formulier.
 Let wel: De indicatie is verplicht te vermelden*
 - Klinisch-diagnostische indicatie:**
 - Onverklaard bloedverlies post-menopauzaal
 - Therapie-resistent bloedverlies
 - Onverklaard bloedverlies post-coïtaal
 - Andere symptomen:
 - Immuungecompromiteerde patiënt(e):**
 - HIV-positieve persoon
 - Na orgaantransplantatie
 - Na allogenetische stamceltransplantatie
 - SLE
 - Congenitale primaire immuundeficiëntie
 - DES-slachtoffer
 - Patiënt(e) onder immuunsuppressieve behandeling voor
 - Inflammatoire darmaandoeningen
 - Reumatologische aandoeningen
 - Sarkoidose
 - Neuromyelitis optica
 - Adenocarcinoma in situ
- Andere dan voorgaande opties ***** op verzoek en ten laste van de patiënt voor
 - Cytologisch onderzoek
 - HPV-testing
 - Co-testing
 - CINTec+

Manier van afname:

- Cervix-Brush
- Cervix-Brush Combi
- EndoCervex-Brush-S
- Cervix-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:

- Minder dan 1 jaar
- 1 tot 3 jaar geleden
- 4 tot 5 jaar geleden
- Meer dan 6 jaar geleden
- Nooit onderzocht

Gynaecologische status:

- Reproductieve leeftijd
- Menopauze met substitutie
- Menopauze zonder substitutie
- Postpartum / lactatie
- Zwanger

IUCD:

- Ja Nee

Voorgeschiedenis:

- Geen
- Plaveiselcarcinoom cervix / vagina / vulva
- Endometriumcarcinoom
- Adenocarcinoom – AIS endocervix
- Adenocarcinoom – borst met anti-oestrogeen therapie (Nolvadex)

HPV gevaccineerd:

- Ja Nee

Vorige / huidige therapie:

- Geen / andere
- Laservaporatie / LLETZ / conisatie
- Pelvische radiotherapie
- Chemotherapie

AANVRAAGDATUM: UUR ____ u ____

AANVRAGER Dr.:

R.I.Z.I.V.nr.:

verklaart dat, voor de aangevraagde tests, aan de vermelde indicatie is voldaan.

Handtekening

PATIENT IDENTIFICATIE

EAD-/HOS-nr.

Naam: Voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Geslacht:

d d m m j j

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: /

Nr. verzekering Verwantschap

Stamnr.

AFNAME DATUM: UUR ____ u ____

* Het correct en volledig invullen van deze administratieve gegevens is een wettelijke verplichting.

** Zie website Sciensano voor de laatste wetenschappelijke richtlijnen.

*** Zie laboratoriumgids hoofdstuk met uitleg over notificaties, remgelden, supplementen en tarieven.

Standaardformulier ter notificatie van het gebruik van gereserveerde nomenclatuurcodes van artikel 24bis en artikel 32 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking in het kader van de screening naar baarmoederhalskanker

Op te sturen naar de adviserende arts van de verzekeringsinstelling

| | |
|-------------------------------------|------------------------|
| Identificatie van de rechthebbende: | |
| Naam: | Voornaam: |
| Geboortedatum: | |
| Adres: | Nr. Ziekenfonds: |
| | |

Indicatie waarvoor de notificatie wordt gemeld:

KLINISCH/DIAGNOSTISCH

| Pseudocode | Indicatie | indicatie aanvinken | Nomenclatuurcode waarvan het gebruik wordt gemeld |
|------------|---|---------------------|---|
| A1H1 | postmeopauzaal bloedverlies | | A6H6 A9H9 |
| A2H2 | abnormaal therapieresistent uterinen bloedverlies | | A6H6 A9H9 |
| A3H3 | onverklaard postcoïtaal bloedverlies | | A6H6 A9H9 |

In het kader van de geattesteerde klinische episode wordt het recht op terugbetaling van één HPV-test en één cytologie-onderzoek toegestaan.

HOOGRISICOGROEPEN

| Pseudocode | Indicatie | indicatie aanvinken | Nomenclatuurcode waarvan het gebruik wordt gemeld |
|------------|--|---------------------|---|
| A4H4 | Immuungecompromitteerde patiënten ¹ | | A6H6 A9H9 |
| A5H5 | DES-slachtoffers | | A6H6 A9H9 |
| A6H6 | Adenocarcinoma in situ | | A6H6 A9H9 |

Eénmalige melding met terugbetaling van HPV-testen en cytologische onderzoeken zolang er sprake is van een hoogrisico rekening houden met de wetenschappelijke richtlijnen.

TIJDELIJK HOOGRISICO

| Pseudocode | Indicatie | indicatie aanvinken | Nomenclatuurcode waarvan het gebruik wordt gemeld |
|------------|---|---------------------|---|
| A7H7 | Tijdelijk hoogrisico (diagnostische of therapeutische opvolging) ¹ | | A5H5 A8H8 |

Eénmalige melding met terugbetaling van opvolgtests (HPV en cytologie) tweemaal per kalenderjaar zolang er sprake is van medisch noodzakelijke striktere opvolging dan éénmaal per kalenderjaar.

BEGINDATUM:

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| Identificatie van de verstrekker: | |
| Naam: | Voornaam: |
| RIZIV-nummer: | |
| Datum en handtekening: | |
| | STEMPEL: |