



**AZ JAN PALFIJN  
GENT**

**LABO ANATOMO-PATHOLOGIE: AANVRAAG**

84469578-997

**Dr. Jurgen Vallaeys**

Kleefvignet patiënt of gegevens hieronder invullen

**AANVRAAG VOOR:**     **FROTTIS**

Patiënt:                             gehospitaliseerd                             ambulante                             dagopname

Naam: .....                            Voornaam: .....

Geslacht:     man     vrouw                            Geboortedatum: ...../...../.....

Adres: .....

.....

Ingestuurd materiaal of orgaan (anatomische plaats van afname): .....

Type ingreep: .....

Klinische inlichtingen (voor Thinprep: zie ommezijde)

.....

.....

.....

.....

.....

Aantal stalen: .....

Datum: ...../...../.....

Kopie aan: HA / .....

Aanvragende geneesheer:

(stempel en handtekening)

Contactgegevens Labo Anatomopathologie	
adres	AZ Jan Palfijn Gent AV Watersportlaan 5 – 9000 GENT
mail	labo.anatomopathologie@janpalfijngent.be
tel	Labo: 09 224 81 05 / Dr. J. Vallaeys: 09 224 85 13
fax	Labo: 09 224 89 94
gsm	Dr. J. Vallaeys: 0498 83 80 07

<b>THINPREP PAPTST</b>				
------------------------	--	--	--	--

**1/type afname:**

	A	routine screening	bij 149612	RIZIV max 1x / 3j	<b>*indicatie voor follow-up: diagnose + datum OF** handtekening patiënte indien zelfbetalend:</b>
	B	Follow-Up*	bij 149634	RIZIV2x/j tot negatief	
	C	PAP test ten laste van patiënte			
	D	HPV- HR typering	bij atypische cellen	RIZIV	
	F	HPV- HR typering FU	FU max 2x/j	RIZIV	
	F	HPV-typering ten laste van patiënte			

**2/klínische inlichtingen:**

<b>Menstruatiepatroon:</b>		<b>Klachten:</b>		<b>Klinisch onderzoek:</b>	
	onbekend		geen		normaal
	nu (te mijden...)		abnormaal verlies		portio niet gezien
	LM < 2 w geleden		pijn		ectropion
	LM = 2 of > 2w geleden		postcoïtaal bloedverlies		poliep
	menopauze sinds < 1j		intermenst. bloedverlies		ontsteking
	menopauze sinds > 1j		postmenop. bloedverlies		verdacht
	zwangerschap		menometrorragie		
	post-partum / lactatie				<b>Voorgeschiedenis:</b>
<b>Anticonceptie / substitutie:</b>		<b>HPV vaccinatie:</b>			cryo of laser
	hormonaal	ja:                      nee:			conisatie / LEEP / LLETZ
	IUD	datum 1e vacc.:			HRT cx afwezig
	HIUD oa Mirena	<b>Medicatie:</b>			HRT cx aanwezig
	andere:				radiotherapie
	geen				