

## REFERENTIECENTRUM VOOR HUMAAN PAPILLOMAVIRUS

**GELIEVE HET STAAL SAMEN MET DIT INGEVULD FORMULIER OP TE STUREN NAAR:**

AML, Dienst Moleculaire Diagnostiek,  
Emiel Vloorsstraat 9, B-2020 Antwerpen  
Tel. 03/259.03.19 - Fax. 03/330.30.883  
Email: [HPV@aml-lab.be](mailto:HPV@aml-lab.be)

### \*GEGEVENS OVER HET LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT

Naam klinisch bioloog/Patholoog:  
.....  
Naam laboratorium: .....  
Tel: ..... Fax: .....  
Email adres: .....  
Naam + RIZIV nummer aanvragende arts:.....  
.....

### PATIENTGEGEVENS (OF STICKER)

\*Naam/voornaam:.....  
\*Geslacht:      M            V  
\*Geboortedatum (of leeftijd): .....  
Adres: .....  
\*Postcode of woonplaats: .....  
Nationaliteit: .....  
\*Rijksregister n° .....  
.....

### VACCINATIE GEGEVENS

Niet gevaccineerd  
 Gevaccineerd  
     Gardasil (MSD)  
     Cervarix (GSK)  
Datum eerste vaccinatie: .....  
 Onbekend

### REDEN AANVRAAG

Confirmatie  
     Histologisch bevestigd CIN2+ na negatief HPV  
    resultaat (< 6 maand)  
 Andere indicaties (contacteer eerst het NRC):.....  
.....  
.....

\*Verplicht in te vullen

### GEGEVENS OVER HET STAAL

\*Identificatienummer: .....  
\*Afnamedatum: .....  
\*Staaltype:  
     Dunnelaag cytologie  
         ThinPrep (Hologic)  
         SurePath (Becton Dickinson)  
         Easyfix (Labonord)  
     Wisser  
         Multicollect (Abbott)  
         Copan UTM  
         Copan E-Swab  
         Andere – *contacteer het labo*  
     Gewassen cervicale cellen  
     Sperma  
     Mondspoeling (*contacteer het NRC voor afname materiaal*)  
     Biopsie  
         Vers Materiaal (in fysiologische oplossing)  
         Vers Materiaal (in ethanol)  
         FFPE (Formaline gefixeerd)  
\* Locatie afname:  
     Cervicaal  
     Vaginakoepel  
     Vaginawand  
     Keel  
     Anus  
     Anders:.....

### TESTEN IN HET AANVRAGEND LABORATORIUM UITGEVOERD

\*Type HPV test uitgevoerd:.....  
\*Resultaat: .....

### VOORBEHOUDEN VOOR HET REFERENTIECENTRUM