

### PATIËNTGEGEVENS

Achternaam/geboortenaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

BSN/Persoonsnummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_  Man  Vrouw Meerling:  ja

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

NAAM/ADRES  
AANVRAGER

### CERVIXCYTOLOGIE

75310  Cervix uitstrijk  N

#### Datum uitstrijk

Dag Maand Jaar  
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

#### Aanleiding

- Indicatie onderzoek
- Indicatie vervolgonderzoek
- Indicatie vervolgonderzoek na eerdere ingreep
- Indicatie vervolgonderzoek na onbehandelde CIN

#### Uitstrijk afgenomen door

- Huisarts
- Anders, namelijk door: \_\_\_\_\_

#### Klachten

- Geen
- Contactbloedingen
- Klachten van abnormale fluor zonder duidelijke oorzaak
- Intermenstrueel bloedverlies
- Postmenopauzaal bloedverlies
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

#### Menstruatie

- Normaal
- Menopauze
- Postmenopauze (≥1 jaar geen menstruatie)
- Geen menstruatie

#### Datum laatste menstruatie

Is de datum niet bekend,  
laat dan het veld leeg.

Dag Maand Jaar  
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

#### Anticonceptie

- Geen
- Pil (hormonale therapie)
- IUD koper
- IUD mirena
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

#### Gebruik hormonen

- Geen
- Ja, vanwege overgangsklachten
- Ja, vanwege borstkanker
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

#### Aspect cervix

- Normaal
- Niet gezien
- Abnormale of verdachte portio

#### Opmerkingen

Zijn er bijv. eerdere ingrepen geweest? (Zie standaarden van NHG en NVOG)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Bepaling Humaan Papillomavirus (HPV) gewenst?

- Ja  Nee

### INFORMATIE VOOR DE AANVRAGER

- Verzamel materiaal conform bijgevoegde instructie.
- Voorzie monsterhouder van duidelijk leesbaar etiket met hierop naam en geboortedatum van de patiënt (**niet** op de deksel).
- Sluit de monsterhouder goed af en controleer op lekkage.
- Plaats het verzamelde materiaal in de safetybag en vervolgens samen met het ingevulde aanvraagformulier in het zakje.