

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. 03/303.08.70 - Fax. 03/303.08.80
Email: clinical.trials@aml-lab.be



AML

*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
 CIN2+ na negatief HPV resultaat (< 6 maand)
 Anders:.....
 Therapeutische Triage
 Andere indicaties (contacteer eerst het NRC):.....
.....

TOESTEMMING WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De patiënt aanvaardt dat het restmateriaal na de uitvoering van alle gevraagde analyses geanonimiseerd gebruikt kan worden voor wetenschappelijk onderzoek. Indien er geen weigering kenbaar is gemaakt, veronderstelt dit een akkoord.

Patiënt weigert

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

*Verplicht in te vullen