

Aanvraag indicatief cervix-cytologie

Retouradres:
Wagnerlaan 55
6815 AD Arnhem



ZEKERWETEN

diagnostiek@rijnstate

Mogelijk verwerken we dit formulier elektronisch.
Gebruikt u daarom een pen die zwart of blauw schrijft.
En schrijf alstublieft alleen binnen de invulvelden.

Let op. Dit formulier kunt u **niet** gebruiken voor het
bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
Daarvoor is een apart formulier.

Gegevens uitstrijkend arts	AGB-code	<input type="text"/>
	Naam / praktijk	<input type="text"/>
	Telefoonnummer	<input type="text"/>

Gegevens vrouw

Plak een sticker met de
persoonsgegevens inclusief
burgerservicenummer en
verzekeringsgegevens

Datum uitstrijk	Dag	Maand	Jaar	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Invullen als dd/mm/jjjj</i>

Klachten	<input type="checkbox"/> klachten van abnormale fluor zonder duidelijke oorzaak	
	<input type="checkbox"/> intermenstrueel bloedverlies	<input type="checkbox"/> contactbloedingen
	<input type="checkbox"/> postmenopauzaal bloedverlies	<input type="checkbox"/> geen
	<input type="checkbox"/> anders, namelijk _____	

Menstruatie	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> menopauze
<i>Kies één antwoord</i>	<input type="checkbox"/> geen menstruatie	<input type="checkbox"/> postmenopauze (> 1 jaar geen menstruatie)

Datum laatste menstruatie	Dag	Maand	Jaar	
<i>Is de datum niet bekend, laat dan het veld leeg</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Anticonceptie	<input type="checkbox"/> geen	<input type="checkbox"/> IUD koper	<input type="checkbox"/> anders
<i>Kies één antwoord</i>	<input type="checkbox"/> pil (hormonale therapie)	<input type="checkbox"/> IUD mirena	

Gebruik hormonen	<input type="checkbox"/> ja, vanwege overgangsklachten	<input type="checkbox"/> geen
<i>(anders dan anticonceptie)</i>	<input type="checkbox"/> ja, vanwege borstkanker	
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	<input type="checkbox"/> ja, vanwege _____	

Aspect Cervix	<input type="checkbox"/> niet gezien	<input type="checkbox"/> abnormaal of verdachte portio. Belangrijk! Licht toe.
<i>Vergeet niet deze vraag in te vullen!</i>	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>

Opmerkingen	<input type="text"/>
<i>Zijn er bijvoorbeeld eerdere ingrepen geweest?</i>	<input type="text"/>
<i>(Zie de standaarden van de NHG en NVOG)</i>	<input type="text"/>