|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Indicatieve uitstrijk** |  | **Molengracht 21**  **4818 CK Breda** |
| **\***Mogelijk verwerken we dit formulier elektronisch. Schrijf daarom met een pen die zwart of blauw schrijft en alleen binnen de invulvelden. | **Let op.** Dit formulier kunt u **niet** gebruiken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Daarvoor is een apart formulier. | **Tel:**  **Fax:**  **Email:** | **076-595 30 33**  **076-595 38 38**  **palsecretariaat@amphia.nl** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAAM** |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |
| **ADRES** |  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **PLAATS** |  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **GEB.DATUM** |  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **VERZ. + NO.** |  |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | PA-nummer | |  | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |
|  | | indien geen adressticker aanwezig, patiëntengegevens **volledig** invullen | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gegevens uitstrijkend arts** | | | AGB-code: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naam / praktijk: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum Uitstrijk** | | | Dag | | | Maand | | | | Jaar | | | | | Vul dag, maand en jaar in. | | | | | |
|  |  | |  | | |  | 2 | | 0 |  |  | 18 jan 2017 vult u in als 18-01-2017 | | | | | |
| **Klachten** | | | ⬜ klachten van abnormale fluor zonder duidelijke oorzaak  ⬜ intermenstrueel bloedverlies ⬜ contactbloedingen   * postmenopauzaal bloedverlies ⬜ geen   ⬜ anders, namelijk | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Menstruatie**  Kies één antwoord | | | ⬜ Normaal ⬜ menopauze  ⬜ geen menstruatie ⬜ postmenopauze (>1 jaar geen menstruatie) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum laatste menstruatie**  Is de datum niet bekend, laat dan het veld leeg | | | Dag | | | | Maand | | | | Jaar | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  |  | | | 2 | 0 |  |  |
| **Anticonceptie**  Kies één antwoord | | | ⬜ geen ⬜ IUD koper ⬜ anders  ⬜ pil (hormonale therapie) ⬜ IUD mirena | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gebruik hormonen**  (anders dan anticonceptie)  Meerdere antwoorden mogelijk | | | ⬜ ja, vanwege overgangsklachten ⬜ geen  ⬜ ja, vanwege borstkanker  ⬜ ja, vanwege: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Aspect Cervix !!!**  Vergeet niet deze vraag in te vullen | | | ⬜ niet gezien ⬜ abnormale of verdachte portio  ⬜ normaal **BELANGRIJK!** *Licht toe.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HPV aanvraag** | | | ⬜ Ja ⬜ Nee | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Opmerkingen**  Zijn er bijvoorbeeld eerdere ingrepen geweest? (Zie de standaarden van de NHG en NVOG) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |