



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco REQUISIÇÃO DO TESTE DE HPV - RASTREIO

Projeto qualificação da linha de cuidado para o Controle do Câncer do Colo do Útero

UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo/GAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unidade de Saúde	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Município	Prontuário	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*	<input type="text"/>		
Nome Completo da Mulher*	<input type="text"/>		
Nome Completo da Mãe*	<input type="text"/>		
CPF	Apelido da Mulher	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>	
Data de Nascimento*	Idade	Raça/cor	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia	<input type="text"/>
Dados Residenciais	<input type="text"/>		
Logradouro	<input type="text"/>		
Número	Complemento	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código do Município	Município	Bairro	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP	DDD	Telefone	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ponto de Referência	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*	8. Já fez tratamento por radioterapia?*
<input type="checkbox"/> Rastreamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Seguimento (controle pós-teste HPV positivo)	
2. Última Coleta de Citopatológico do Colo Uterino em	9. Data da última menstruação / regra:*
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Informação ESUS- APS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra
3. Fez o teste do HPV alguma vez?*	10. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
<input type="checkbox"/> Sim Ano <input type="text"/> (Informação GAL/Jordana)	(não considerar a primeira relação sexual na vida)
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim
4. Usa DIU?*	<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
5. Está grávida?*	11. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
6. Usa pílula anticoncepcional?*	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa
7. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	

EXAME CLÍNICO

12. Inspeção do colo*	13. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Colo não visualizado	

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do teste DO HPV para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta*	Responsável pela coleta (CBO) *
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Método de coleta	<input type="checkbox"/> Profissional de saúde <input type="checkbox"/> Autocoleta, se sim, qual local foi realizada <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Serviço de saúde <input type="checkbox"/> Outro local