

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município Prontuário Não contemplado

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF

Apelido da Mulher

Nacionalidade Apenas B, E ou N

Raça/cor

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Data de Nascimento* / / Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone 5 dígitos + 4

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo LOINC

DADOS DA ANAMNESE

- Motivo do exame*
☐ Rastreamento
☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
- Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
- Sim. Quando fez o último exame? ano
- Não ☐ Não sabe ☐
- Usa DIU?*
- Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐
- Está grávida?*
- Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐
- Usa pílula anticoncepcional?*
- Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐
- Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
- Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐
- Já fez tratamento por radioterapia?*
- Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐
- Data da última menstruação / regra:*
- / / Não sabe / Não lembra ☐
- Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
- (não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra
- Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*
- (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

- Inspecção do colo*
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado
- Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não

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

Data da coleta* / /

Responsável* CNS do responsável

apenas identifica, sem assinatura

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

requisição

formulário

☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou

☐ Lâmina danificada ou ausente

☐ Causas alheias ao laboratório; especificar:

☐ Outras causas; especificar:

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: *

☐ Escamoso

☐ Glandular

☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

☐ Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:

☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço

☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço

☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço

☐ Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço

☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço

☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço

☐ Outros, especificar

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

☐ Sim

☐ Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

☐ Inflamação

☐ Metaplasia escamosa imatura

☐ Reparação

☐ Atrofia com inflamação

☐ Radiação

☐ Outros; especificar:

MICROBIOLOGIA

☐ Lactobacillus sp

☐ Cocos

☐ Sugestivo de Chlamydia sp

☐ Actinomyces sp

☐ Candida sp

☐ Trichomonas vaginalis

☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes

☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)

☐ Outros bacilos

☐ Outros; especificar:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:

☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:

☐ Possivelmente não neoplásicas

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:

☐ Possivelmente não neoplásicas

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)

☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)

☐ Lesão intra-epitelial de alto grau , não podendo excluir micro-invasão

☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:

☐ Cervical

☐ Endometrial

☐ Sem outras especificações

☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS:

☐ PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais:

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*