

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*
 Nome Completo da Mulher*
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Apelido da Mulher
 Nacionalidade Apenas B, E ou N
 Data de Nascimento* Idade Raça/cor
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Código do Município Município Bairro UF
 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?*
- Usa DIU?*
- Está grávida?*
- Usa pílula anticoncepcional?*
- Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
- Já fez tratamento por radioterapia?*
- Data da última menstruação / regra:*
- Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
- Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado
 12. 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*

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:

☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário

☐ 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*