

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

Unidade de Saúde

Município  Prontuário

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:

☐ 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\*