REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO MINISTÉRIO DA SAÚDE Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero ↓ UF CNES da Unidade de Saúde 3 Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN) Unidade de Saúde Prontuário 5 Município INFORMAÇÕES PESSOAIS → Cartão SUS^{*} Nome Completo da Mulher* Nome Completo da Mãe 10 Apelido da Mulher 14 CPF Nacionalidade 14 Idade Data de Nascimento Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia Dados Residenciais 16 Logradouro Número Número Código do Município Código do Município Código do Referência L Sim. Quar ano L Não Complemento 18 19 Bairro 22 Município 24 DDD Telefone 25 Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo DADOS DA ANAMNESE 1. Motivo do exame* 7. Já fez tratamento por radioterapia?* Não sabe Rastreamento ___ Sim ___ Não Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) 8. Data da última menstruação / regra:* Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento) 36 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?* 37 _____ / ___ / ___ / Não sabe / Não lembra Sim. Quando fez o último exame? 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar a primeira relação sexual na vida) ☐ Não Não sabe Não / Não sabe / Não lembra 3. Usa DIU?* ☐ Sim ___ Não Não sabe 4. Está grávida?* Sim Não Não sabe 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) 33 5. Usa pílula anticoncepcional?* Sim Não Não sabe Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa 34 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* Sim Não Não sabe EXAME CLÍNICO 11. Inspeção do colo* 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? ■ Normal Sim Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) ___ Alterado NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado Colo não visualizado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

43 Responsável*

4.7. Data da coleta*

IDENTIFICA	ÇÃO DO LABORATÓRIO
CNES do Laboratório*	45 Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:*
	CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO
AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA Amostra rejeitada por:	50 ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*
AMOSTRA REJEITADA POR:	Satisfatória
Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário	Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:
Lâmina danificada ou ausente	 Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço Sangue em mais de 75% do esfregaço
Causas alheias ao laboratório; especificar:	Piócitos em mais de 75% do esfregaço
Outras causas; especificar:	
EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*	Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
Escamoso	Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
Glandular	Outros, especificar
Metaplásico	
	
DIAGNÓSTICO DESCRITIVO	54 CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO
DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?	Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
Sim Não	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS	
Inflamação	Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
Metaplasia escamosa imatura	│ Não se pode afastar lesão de alto grau
Reparação	De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
	Não se pode afastar lesão de alto grau
Atrofia com inflamação	
Radiação	55 ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS
United States	Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo
MICROBIOLOGIA	HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
Lactobacillus sp	Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-
Cocos	epiteliais cervicais graus II e III)
Sugestivo de Chlamydia sp	Lesão intra-epitelial de alto grau , não podendo excluir micro-invasão
Actinomyces sp	Carcinoma epidermóide invasor
Candida sp	56 ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES
Trichomonas vaginalis	Adenocarcinoma "in situ"
Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes	Adenocarcinoma invasor: Cervical
Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)	Endometrial
Outros bacilos	— ☐ Sem outras especificações
Outros; especificar:	OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS:
	PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA
	DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
Observações Gerais:	
	_ Q
Screening pelo citotécnico:	59 Responsável*
Lata do Resultado*	