

1 UF 2 CNES da Unidade de Saúde 3 Nº Protocolo
 4 Nome da Unidade de Saúde
 5 Município da Unidade de Saúde 6 Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

7 Cartão SUS*
 8 Nome Completo
 9 Filiação
 10 Apelido
 11 Gênero ☐ Feminino ☐ Homem transgênero 12 CPF 12 Nacionalidade
 13 Data de Nascimento* 14 Idade 15 Raça/cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 16 Logradouro
 17 Número 18 Complemento
 19 Bairro UF
 20 Código do Município 21 Município
 22 CEP 23 DDD 24 Telefone
 25 Ponto de Referência
 26 Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 28 ☐ Rastreamento
☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
☐ Seguimento (pós diagnóstico ou tratamento)
 2. Fez exame preventivo anteriormente?*
 29 ☐ Sim. Quando fez o último exame?
 30 mês/ano /
☐ Não ☐ Não sabe
 31 3. Usa DIU?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
 32 4. Está grávida?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
 33 5. Uso de anticoncepcional hormonal?*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
 34 6. Uso de reposição hormonal?*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
 35 7. Já fez tratamento por radioterapia?*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
 36 8. Data da última menstruação / regra:*
 37 / / ☐ Não sabe / Não lembra
 38 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
 (não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra
 39 10. 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
 45 11. Vacina contra HPV
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra

EXAME CLÍNICO

40 12. Inspeção do colo*
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado
 41 13. Sinais sugestivos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
☐ 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.

42 Data da coleta* / / 43 Responsável pela Coleta*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

1 CNES do Laboratório*

2 Número do Exame*

3 Nome do Laboratório*

4 Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

TIPO DE AMOSTRA

- 5 ☐ Convencional ☐ Em meio líquido

ADEQUAÇÃO DA AMOSTRA

6 Espécime rejeitado/ não processado por:

- ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
☐ Lâmina danificada ou ausente
☐ Outras causas: _____

7 Insatisfatório para avaliação: Espécime processado e examinando, mas insatisfatório para avaliação por:

- ☐ Material acelular ou hipocelular: células compõem <10% da amostra
☐ Sangue em mais de 75% da amostra
☐ Piócitos em mais de 75% da amostra
☐ Artefatos de dessecação em mais de 75% da amostra
☐ Contaminantes externos em mais de 75% da amostra
☐ Intensa superposição celular em mais de 75% da amostra

- 8 ☐ Satisfatório para avaliação
9 ☐ Componente endocervical / zona transformação:
☐ Presente ☐ Ausente

CATEGORIZAÇÃO GERAL

- 10 ☐ Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade na amostra analisada
☐ Anormalidade em células epiteliais: (ver INTERPRETAÇÃO/ RESULTADO)

INTERPRETAÇÃO / RESULTADO

ACHADOS NÃO NEOPLÁSICOS

11 Variações celulares não neoplásicas

- ☐ Metaplasia escamosa
☐ Alterações ceratóticas
☐ Metaplasia tubária
☐ Atrofia
☐ Alterações relacionadas a gravidez

12 Alterações celulares reativas associadas a:

- ☐ Inflamação (inclui reparo típico)
☐ Cervicite linfocítica / folicular
☐ Radiação
☐ Dispositivo intrauterino (DIU)

- 13 ☐ Células glandulares pós-histerectomia.

Organismos: 14

- ☐ *Trichomonas vaginalis*
☐ Organismos fúngicos morfológicamente consistentes com *Candida spp*
☐ Desvio da flora sugestivo de vaginose bacteriana
☐ Bactérias morfológicamente consistentes com *Actinomyces spp*
☐ Alterações celulares consistentes com vírus herpes simples
☐ Alterações celulares consistentes com citomegalovírus

Outro: 15

- ☐ Células endometriais (em mulheres com idade igual ou superior a 45 anos)

ANORMALIDADES EM CÉLULAS EPITELIAIS

16 ESCAMOSAS

- ☐ Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
☐ Células escamosas atípicas, não sendo possível excluir Lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)
☐ Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
☐ Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
☐ Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) com características suspeitas de invasão
☐ Carcinoma de células escamosas

17 GLANDULARES

- ☐ Células endocervicais atípicas, sem outras especificações (SOE)
☐ Células endometriais atípicas, sem outras especificações (SOE)
☐ Células glandulares atípicas, sem outras especificações (SOE)
☐ Células endocervicais atípicas, favorecendo neoplasia
☐ Células glandulares atípicas, favorecendo neoplasia
☐ Adenocarcinoma endocervical "in situ"
☐ Adenocarcinoma endocervical
☐ Adenocarcinoma endometrial
☐ Adenocarcinoma extrauterino
☐ Adenocarcinoma, sem outras especificações (SOE)

18

- ☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS Especificar: _____

19 Observações Gerais: _____

Citotécnico responsável pelo screening: 20 _____

Profissional responsável pelo resultado* 21 _____

Data do Resultado* _____ / _____ / _____

22