MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF

CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade

Orgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Dados Residenciais
Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?
☐ Sim. Quando fez o último exame?
Ano
☐ Não ☐ Não sabe

2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3. Esta Grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:
/ / ☐ Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
(não considerar a primeira relação sexual na vida)
☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra

9. 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

10. Inspeção do Colo
☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
☐ Sim
☐ Não

Data da Coleta / /

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ 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 oncótica 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 dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- ☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

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
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

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:_____

Responsável pelo resultado

Data da Liberação / /

CNPF (CPF)