

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  Órgão Emissor  UF  CNPF (CPF)

Data de Nascimento  /  /  Idade  Raça/cor  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia

Dados Residenciais  
Logradouro  Nacionalidade

Número  Complemento

Código do Município  Município  Bairro  UF

CEP  -  DDD  Telefone  -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE:  Analfabeta  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino superior Completo

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

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?  
 Sim. Quando fez o último exame? ano  /  /   
 Não  Não sabe

2. Usa DIU?  Sim  Não  Não sabe

3. Está 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

**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 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

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

- DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
  - Inflamação
  - Metaplasia escamosa imatura
  - Reparação
  - Atrófia 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: \_\_\_\_\_

Data da liberação	Responsável pelo resultado
____/____/____	_____
	CNPF (CPF)
	_____