

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

## REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF

CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo

(nº 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

Data de Nascimento\*

Idade

Raça/cor

☐ Branca☐ Preta☐ Parda☐ Amarela☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

## DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame\*

☐ Rastreamento☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?\*

☐ Sim. Quando fez o último exame?

ano

☐ Não☐ Não sabe

3. Usa DIU?\*

☐ Sim☐ Não☐ Não sabe

4. Está grávida?\*

☐ Sim☐ Não☐ Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?\*

☐ Sim☐ Não☐ Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?\*

☐ Sim☐ Não☐ Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?\*

☐ Sim☐ Não☐ Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:\*

/ /

☐ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?\*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

☐ Sim☐ Não / Não sabe / Não lembra

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

## EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo\*

☐ Normal☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)☐ Alterado☐ Colo não visualizado

12. 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\*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

Uniso

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 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, 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

ATÍPIAS 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

ATÍPIAS 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\*

CPF