

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

S P

2 0 2 8 5 5 7

Nº Protocolo

(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

U N I D A D A D E B Á S I C A D E S A Ú D E

Município

M E R I D I A N O

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

3 5 2 9 6 0 9

M E R I D I A N O

CEP

1 5 6 2 5 - 0 0 0

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/Baixa 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 visualizada

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

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 oncológica 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
- ☐ 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 (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

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: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*