



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
Data de Nascimento*	Nacionalidade
Idade	Raça/cor
Dados Residenciais	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia
Logradouro	
Número	Complemento
Código do Município	Bairro
Município	UF
CEP	DDD
Ponto de Referência	Telefone
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*	7. Já fez tratamento por radioterapia?*
<input type="checkbox"/> Rastreamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)	8. Data da última menstruação / regra:*
<input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)	<input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*	9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame?	(não considerar a primeira relação sexual na vida)
ano	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra
3. Usa DIU?*	10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
4. Está grávida?*	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa
5. Usa pílula anticoncepcional?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*	12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Alterado	
<input type="checkbox"/> Colo não visualizado	

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

☐ 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

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*