

1 UF _____ 2 CNES da Unidade de Saúde _____ 3 Nº Protocolo _____
 (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

4 Nome da Unidade de Saúde _____

5 Município da Unidade de Saúde _____ 6 Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

7 Cartão SUS* _____

8 Nome Completo _____

9 Filiação _____

10 Apellido _____

44 Gênero Feminino Homem transgênero 11 CPF _____ 12 Nacionalidade _____

13 Data de Nascimento* ____/____/____ 14 Idade ____ 15 Raça/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____

Dados Residenciais

16 Logradouro _____

17 Número _____ 18 Complemento _____

19 Bairro _____ UF _____

21 Código do Município _____ 22 Município _____ 20 UF _____

23 CEP _____ 24 DDD _____ 25 Telefone _____

26 Ponto de Referência _____

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame* _____ 35 7. Já fez tratamento por radioterapia?*
 Rastreamento Sim Não Não sabe
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico ou tratamento)

2. Fez exame preventivo anteriormente?* _____ 36 8. Data da última menstruação / regra:*
 + 37 ____/____/____ Não sabe / Não lembra

29 3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe 38 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*(
 + 30 ____mês/ano ____/____ Não sabe / Não lembra
 Não Não sabe
 (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

31 4. Está grávida?* Sim Não Não sabe 39 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

33 5. Uso de anticoncepcional hormonal?* _____ 45 11. Vacina contra HPV
 Sim
 Não Não sabe Não lembra

34 6. Uso de reposição hormonal?* _____

EXAME CLÍNICO

40 12. Inspeção do colo* _____ 41 13. Sinais sugestivos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
 Normal Sim
 Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente) Não
 Alterado
 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.

42 Data da coleta* ____/____/____ 43 Responsável pela Coleta* _____

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

1 CNES do Laboratório* _____ 2 Número do Exame* _____
 3 Nome do Laboratório* _____ 4 Recebido em:* _____ / _____ / _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

TIPO DE AMOSTRA

- 5 Convencional Em meio líquido

ADEQUAÇÃO DA AMOSTRA

6 **Espécime rejeitado/ não processado por:**

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
 Lâmina danificada ou ausente
 Outras causas: _____

7 **Insatisfatório para avaliação: Espécime processado e examinando, mas insatisfatório para avaliação por:**

- Material acelular ou hipocelular: células compõem <10% da amostra
 Sangue em mais de 75% da amostra
 Piócitos em mais de 75% da amostra
 Artefatos de dessecação em mais de 75% da amostra
 Contaminantes externos em mais de 75% da amostra
 Intensa superposição celular em mais de 75% da amostra

- 8 Satisfatório para avaliação
 9 **Componente endocervical / zona transformação:**
 Presente Ausente

CATEGORIZAÇÃO GERAL

- 10 Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade na amostra analisada
 Anormalidade em células epiteliais: (ver INTERPRETAÇÃO/ RESULTADO)

INTERPRETAÇÃO / RESULTADO

ACHADOS NÃO NEOPLÁSICOS

11 **Variações celulares não neoplásicas**

- Metaplasia escamosa
 Alterações ceratóticas
 Metaplasia tubária
 Atrofia
 Alterações relacionadas a gravidez

12 **Alterações celulares reativas associadas a:**

- Inflamação (inclui reparo típico)
 Cervicite linfocítica / folicular
 Radiação
 Dispositivo intrauterino (DIU)

- 13 Células glandulares pós-histerectomia.

Organismos: 14

- Trichomonas vaginalis*
 Organismos fúngicos morfológicamente consistentes com *Candida spp*
 Desvio da flora sugestivo de vaginose bacteriana
 Bactérias morfológicamente consistentes com *Actinomyces spp*
 Alterações celulares consistentes com vírus herpes simples
 Alterações celulares consistentes com citomegalovírus

Outro: 15

- Células endometriais (em mulheres com idade igual ou superior a 45 anos)

ANORMALIDADES EM CÉLULAS EPITELIAIS

16 **ESCAMOSAS**

- Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 Células escamosas atípicas, não sendo possível excluir Lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)
 Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
 Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
 Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) com características suspeitas de invasão
 Carcinoma de células escamosas

17 **GLANDULARES**

- Células endocervicais atípicas, sem outras especificações (SOE)
 Células endometriais atípicas, sem outras especificações (SOE)
 Células glandulares atípicas, sem outras especificações (SOE)
 Células endocervicais atípicas, favorecendo neoplasia
 Células glandulares atípicas, favorecendo neoplasia
 Adenocarcinoma endocervical "in situ"
 Adenocarcinoma endocervical
 Adenocarcinoma endometrial
 Adenocarcinoma extrauterino
 Adenocarcinoma, sem outras especificações (SOE)

18

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS** Especificar: _____

19

Observações Gerais: _____

Citotécnico responsável pelo screening: 20 _____

Profissional responsável pelo resultado* 21 _____

Data do Resultado* _____ / _____ / _____