

Wykonawca	Numer nadany w Zakładzie	Zlecający	Pieczęć jednostki zlecającej
	Data i godzina przyjęcia		

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

NR

numer nadany przez zlecającego

Dane osobowe

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Wiek:

Rodzaj badania

Data i godzina pobrania

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cytologia ginekologiczna | <input type="checkbox"/> pakiet LBC + hr-HPV DNA |
| <input type="checkbox"/> cytologia płynna LBC | <input type="checkbox"/> biomarkery p16/Ki-67 |
| <input type="checkbox"/> test hr-HPV DNA | <input type="checkbox"/> pakiet LBC + hr-HPV DNA + biomarkery |

Rozpoznanie kliniczne

Data poprzedniego badania cytologicznego:

Data ostatniej miesiączki: Liczba porodów:

Wynik i data testu HPV DNA:

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> antykoncepcja hormonalna | <input type="checkbox"/> IUD | <input type="checkbox"/> ciąża | <input type="checkbox"/> menopauza |
| <input type="checkbox"/> palenie papierosów | <input type="checkbox"/> HTZ | <input type="checkbox"/> laktacja | |

Ocena makroskopowa szyjki macicy: prawidłowa ektopia
 inne:

Miejsce pobrania: tarcza i kanał szyjki macicy kikut pochwy
 sklepienie pochwy ściana pochwy kanał szyjki

Dodatkowe informacje :

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ROZPOZNANIE WEDŁUG SYSTEMU BETHESDA

A. Jakość preparatu

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I. Rozmaz odpowiedni do oceny: | <input type="checkbox"/> preparat ubogokomórkowy |
| <input type="checkbox"/> brak komórek kanału szyjki macicy/strefy przekształceń | <input type="checkbox"/> preparat podsuszony |
| <input type="checkbox"/> niezbyt czytelny z powodu licznych komórek zapalnych | <input type="checkbox"/> częściowa cytoliza |
| <input type="checkbox"/> niezbyt czytelny z powodu licznych erytrocytów | <input type="checkbox"/> znaczna cytoliza |
| <input type="checkbox"/> inne: | |
| <input type="checkbox"/> III. Rozmaz nie nadaje się do oceny | |
| <input type="checkbox"/> zbyt ubogokomórkowy | <input type="checkbox"/> źle utrwalony |
| <input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> zbyt podsuszony |

B. Rozpoznanie

- Nie stwierdzono zmian śródnabłonkowych ani nowotworu złośliwego
 Obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych

C. Interpretacja / wynik

Czynniki infekcyjne

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pierwotniakowe (Trichomonas vaginalis) | <input type="checkbox"/> inne zmiany nienowotworowe |
| <input type="checkbox"/> grzybicze – morfologicznie odpowiadające Candida sp. | <input type="checkbox"/> Odczynowe zmiany komórkowe związane z: |
| <input type="checkbox"/> zmiana flory sugerująca dysbakteriozę pochwy | <input type="checkbox"/> zapaleniem (łącznie typowe zmiany reparacyjne) |
| <input type="checkbox"/> bakterie morfologicznie odpowiadające Actinomyces sp. | <input type="checkbox"/> radioterapią |
| <input type="checkbox"/> zmiany komórkowe związane z wirusem Herpes simplex | <input type="checkbox"/> obecnością wkładki IUD |
| <input type="checkbox"/> zmiany flory bakteryjnej | <input type="checkbox"/> atrofii z zapaleniem |
| <input type="checkbox"/> zmiany komórkowe odpowiadające Chlamydia t. | <input type="checkbox"/> Atrofia |
| <input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> Komórki gruczołowe u pacjentki po hysterectomii |

Obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych

- | | |
|---|--|
| 1. Komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego | 2. Komórki gruczołowe |
| <input type="checkbox"/> Atypowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego (ASC) | <input type="checkbox"/> Atypowe komórki gruczołowe (AGC) |
| <input type="checkbox"/> których charakter trudno jednoznacznie ustalić (ASC-US) | <input type="checkbox"/> endocerykalne <input type="checkbox"/> endometrialne |
| <input type="checkbox"/> nie można wykluczyć zmian wysokiego stopnia (ASC-H) | <input type="checkbox"/> nieokreślone |
| <input type="checkbox"/> Zmiany śródnabłonkowe niskiego stopnia (LSIL): | <input type="checkbox"/> Atypowe komórki gruczołowe najprawdopodobniej nowotworowe |
| <input type="checkbox"/> Związane z infekcją HPV lub dysplasia gradus minoris (CIN 1) | <input type="checkbox"/> endocerykalne <input type="checkbox"/> endometrialne |
| <input type="checkbox"/> Neoplazja śródnabłonkowa wysokiego stopnia (HSIL) | <input type="checkbox"/> Endocerykal adenocarcinoma in situ |
| <input type="checkbox"/> cin2, cin3/cis | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma |
| <input type="checkbox"/> nie można wykluczyć raka inwazyjnego | <input type="checkbox"/> kanału szyjki <input type="checkbox"/> endometrialny |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma planoepitheliale | <input type="checkbox"/> pozamaciczny <input type="checkbox"/> inny |

Inne zmiany

- Obecność komórek endometrialnych powyżej 40 roku życia
 Inne:

Uwagi i zalecenia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wskazana kontrola cytologiczna za <input type="text" value=" "/> miesięcy | <input type="checkbox"/> Wskazana kolposkopia |
| <input type="checkbox"/> Wskazana kontrola po leczeniu przeciwzapalnym | <input type="checkbox"/> Wskazana kolposkopia z pobraniem wycinków |
| <input type="checkbox"/> Wskazana kontrola po miejscowej terapii hormonalnej | <input type="checkbox"/> Rozmaz nawarstwiony, mało czytelny |
| <input type="checkbox"/> Wskazane wykonanie testu na obecność HPV DNA HR | <input type="checkbox"/> Dalsze postępowanie wg zaleceń lekarza |
| <input type="checkbox"/> Inne: | |