

MODULO
RICHIESTA
ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE

Cod.Mod2POANP01 Rev.:1

Data: 21/08/19

pag. 1

di: 2

cognome

nome

data di nascita

comune di residenza

via

n°

telefono

Codice Fiscale

medico curante Dott.

centro prelievo

 clinica screening Libera ProfessioneGRAVIDA SI NO

USO ATTUALE DI ANTICONCEZIONALI:

 NO estro/progestinico IUD altro _____

ULTIMA MESTRUAZIONE: _____

MENOPAUSA SI anno _____ NOCICLI MESTRUALI: regolari irregolariPERDITE EMATICHE ATIPICHE SI NO

ALTRI SINTOMI: _____

TERAPIA IN ATTO

 nessuna topica (specificare: _____) radiante (data: _____) ormonale (specificare: _____) altro: _____PRIMO PAP TEST SI NO

PRECEDENTI PAP TEST FUORI SEDE

 SI anno _____ NO

ESITO PAP TEST PRECEDENTI: _____

INTERVENTI PRECEDENTI:

 diatermocoagulazione biopsia cervicale biopsia canale cervicale biopsia endometriale conizzazione/amputazione collo isterectomia totale isterectomia subtotale isterectomia + annes. bilaterale altri _____

anno

Esito: _____

data del prelievo

cognome e nome del prelevatore

numero del campione

TIPO DI PRELIEVO

 portio spatolato + endocervice portio spatolato cupola vaginale altri _____

TIPO DI CAMPIONE

 raccolto in fase liquida striscio convenzionale (vetrino)

OBIETTIVITA' GINECOLOGICA: _____

REFERTO COLPOSCOPICO: _____

NOTE: _____

**ESAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINALE
(Refertazione secondo Bethesda 2014)****NOTIZIE CLINICHE:****VALIDITA' DEL CAMPIONE:** SODDISFACENTE PER LA VALUTAZIONE INSODDISFACENTE PER LA VALUTAZIONECOMPONENTE ENDOCERVICALE/ZONA DI TRASFORMAZIONE: PRESENTE ASSENTE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cellularità scarsa | <input type="checkbox"/> Sangue che offusca |
| <input type="checkbox"/> Conservazione o fissazione difettosa | <input type="checkbox"/> Scarsa componente endocervicale |
| <input type="checkbox"/> Distorsioni meccaniche o sovrapposizione cellulare | <input type="checkbox"/> Citolisi o autolisi eccessiva |
| <input type="checkbox"/> Presenza di materiale estraneo | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Infiammazione che offusca | |

 NEGATIVO PER LESIONI INTRAEPITELIALI O MALIGNITA':

MICROORGANISMI

-
- Miceti
-
-
- Flora batterica anomala suggestiva di vaginosi
-
-
- Actinomyces
-
-
- Trichomonas
-
-
- Herpes
-
-
- Altro (specificare) _____

ALTRO

-
- Cellule endometriali fuori dal periodo mestruale
-
-
- Cellule endometriali in donne con età ≥ a 45anni

REPERTI RIPARATIVI O REATTIVI

-
- Atrofia
-
-
- Effetto radiazioni-chemioterapia
-
-
- Modificazioni cellulari cheratosiche
-
-
- Effetto da IUD
-
-
- Elevato indice picnotico in menopausa
-
-
- Endocervicite
-
-
- Epitelio di riparazione
-
-
- Altro _____

Nota: le cellule endometriali dopo i 45 anni possono essere associate con endometrio normale, alterazioni ormonali e, meno frequentemente, con patologia dell'endometrio e dell'utero. Si raccomanda valutazione endometriale nelle donne in post menopausa.

 ANORMALITA' DELLE CELLULE EPITELIALI DI TIPO QUAMOSO (ASC)

-
- Cellule squamose atipiche di significato indeterminato (ASC-US)
-
-
- Cellule squamose atipiche; non si può escludere HSIL (ASC-H)
-
-
- Lesione intraepiteliale squamosa di basso grado (LSIL) comprende HPV/DL/CIN1
-
-
- Lesione intraepiteliale di alto grado (HSIL) comprende DM/DG/Ca in situ/CIN2/CIN3/CIS
-
-
- Carcinoma a cellule squamose

 ANORMALITA' DELLE CELLULE EPITELIALI DI TIPO GHIANDOLARE (AGC)

-
- Cellule ghiandolari atipiche, AGC NOS
-
-
- endocervicali
-
- endometriali
-
- NOS
-
-
- Cellule ghiandolari atipiche, probabile neoplasia
-
-
- endocervicali
-
- NOS
-
-
- Adenocarcinoma endocervicale in situ, AIS
-
-
- Adenocarcinoma
-
-
- endocervicali
-
- endometriali
-
- NOS

 ALTRE NEOPLASIE MALIGNI**PROVVEDIMENTI CONSIGLIATI:**

-
- Controllo fra 12 mesi
-
-
- Controllo citologico dopo terapia antiflogistica
-
-
- Controllo fra 12 mesi o secondo follow-up del Ginecologo
-
-
- Ripetizione del prelievo
-
-
- Colposcopia
-
-
- Prelievo endocervicale
-
-
- Test HPV
-
-
- Prelievo endometriale
-
-
- Test HPV o colposcopia o Pap test a 6 mesi secondo età
-
-
- Altro _____

DATA PROSSIMO PAP TEST:

-
- Si ricorda di effettuare il pap test secondo regolare cadenza o indicazioni del Medico Curante
-
-
- Secondo protocollo di follow-up del Ginecologo

Si ricorda che presso il Laboratorio di Citologia è ancora disponibile il residuo del prelievo in fase liquida per Pap Test. Tale campione può essere utilizzato per effettuare il Test HPV DNA HR, previa richiesta del Ginecologo. Il materiale verrà conservato per 3 mesi dalla data di esecuzione del prelievo. (rt)

numero del vetrino

Letto da: _____

Verificato da: _____

Risposto il: _____

T-..... M-