

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF Apellido da Mulher

Data de Nascimento* / / Idade* Nacionalidade

Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Código do Município Município Bairro UF

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO*

<p><input type="checkbox"/> RESULTADO NORMAL / BENIGNO</p> <p><input type="checkbox"/> LESÃO SUGESTIVA DE CÂNCER (CITO NÃO REALIZADO)</p> <p><input type="checkbox"/> RESULTADO ALTERADO:</p> <p>CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO</p> <p>Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)</p> <p>Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau</p> <p>De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau</p>	<p>ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão</p> <p><input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor</p> <p>ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES</p> <p><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ"</p> <p>Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações</p> <p><input type="checkbox"/> Outras neoplasias malignas. Quais? <input type="text"/></p>
--	--

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICOS DO COLO DO ÚTERO

<p>1. Achados colposcópicos (informe o achado mais importante)*</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Alterações Menores (sug. Baixo grau, Grau I) <input type="checkbox"/> Alterações Maiores (sug. Alto grau; Grau II)</p> <p><input type="checkbox"/> Sugestivo de câncer</p> <p><input type="checkbox"/> Miscelânea (condiloma, seqüela pós tratamento, pólipos, estenose, anomalia congênita, inflamação, endometriose)</p>	<p>2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade:*</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfatória ZT completamente visível e ectocervical (ZT tipo I)</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II) <input type="checkbox"/> JEC até 1 cm do canal <input type="checkbox"/> JEC além de 1 cm do canal</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> ZT não visível ou parcialmente visível (predom./complet endocervical)(ZT tipo III) <input type="checkbox"/> Atrofia/Inflamação severa/trauma colo/ cérvix não visível (colposcopia inadequada)</p>	<p>3. Procedimento:*</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsia</p> <p><input type="checkbox"/> Exereses da Zona de Transformação <input type="checkbox"/> Ver e Tratar <input type="checkbox"/> Pós biópsia</p> <p><input type="checkbox"/> Conização</p> <p><input type="checkbox"/> Outras <input type="text"/></p> <p><small>Nota: Não utilizar este formulário para biópsia ou procedimentos em outras localizações anatômicas (vulva, vagina).</small></p>
--	---	--

Informações adicionais para o patologista

Data da coleta* / / Responsável*

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Tipo de procedimento cirúrgico*

- Biópsia
 Exeresse da Zona de Transformação
 Conização
 Histerectomia Simples
 Histerectomia c/anexectomia uni ou bilateral
 Outros _____

MACROSCOPIA

Tipo de material recebido:

- Biópsia, número de fragmentos _____
 Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ x _____ cm
 Distância da margem mais próxima _____ mm
 localização do tumor:
 Ectocérvice
 Endocérvice
 Junção escamo-colunar
 *Adequabilidade do material
 Satisfatório
 Insatisfatório. Especificar _____

MICROSCOPIA

Lesões de caráter benigno

- Metaplasia Escamosa
 Cervicite crônica inespecífica
 Pólipo Endocervical
 Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV)

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

- NIC I (displasia leve)
 NIC II (displasia moderada)
 NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ)
 Carcinoma epidermóide microinvasivo
 Carcinoma epidermóide invasivo
 Carcinoma epidermóide, impossível avaliar invasão
 Adenocarcinoma in situ
 Adenocarcinoma invasor
 Outras neoplasias malignas _____

Grau de diferenciação

- Não se aplica
 Bem diferenciado (Grau I)
 Moderadamente diferenciado (Grau II)
 Pouco diferenciado (Grau III)
 Indiferenciado (Grau IV)

Dados em relação à extensão do tumor:

Infiltração

- Profundidade da invasão _____ mm
 Vascular
 Sim
 Não
 Corpo uterino
 Sim
 Não
 Peri-neural
 Sim
 Não
 Vagina
 Sim
 Não
 Parametrial
 Sim
 Não
 Linfonodos regionais examinados _____ e comprometidos _____

Margens cirúrgicas

- Livres
 Comprometidas
 Impossível de serem avaliadas

Diagnóstico Descritivo _____

Controle de representação histológica*
 Fragmentos
 Blocos

Data do resultado* _____ / _____ / _____

Responsável*

CRM