

UF CNEs da Unidade de saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*
 Nome Completo da Mulher*
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Apellido da Mulher
 Nacionalidade
 Data de Nascimento* / / Idade* Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento Bairro UF
 Código do Município Município
 CEP DDD Telefone
 Ponto de Referência
 ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

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/ cervice 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*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

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
