

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ Nr

Zakład Patomorfologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100
Tel. 81-537-48 74, 81-537 47 92

Data otrzymania materiału przez Zakład
Patomorfologii

☐ Bardzo pilny ☐ Pilny ☐ Normalny

Imię (Imiona) i Nazwisko

Numer Pesel

Data Urodzenia

R	R	R	R		M	M			
---	---	---	---	--	---	---	--	--	--

W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania

(wypełnić w przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody)

Imię (Imiona) i Nazwisko przedstawiciela ustawowego

Adres zamieszkania

Pierwsza miesiączka w wieku lat

Data ostatniej miesiączki

Liczba porodów

Poronienia

Palenie papierosów: Tak ☐ Nie ☐Doustne środki antykoncepcyjne: Tak ☐ Nie ☐IUD: Tak ☐ Nie ☐Hormonoterapia zastępcza: Tak ☐ Nie ☐Ocena makroskopowa szyjki macicy: bez zmian ☐ inne zmiany ☐

Rozpoznanie kliniczne:

Występowanie nowotworów u pacjentki i w rodzinie:

Tak ☐, jaki rodzaj:Nie ☐

Metoda utrwalenia materiału

☐ Cytofix☐ inne, jakie:

Pieczęć i podpis lekarza kierującego

..... /

Data pobrania materiału / godzina pobrania

ROZPOZNANIE WEDŁUG SYSTEMU BETHESDA

A. JAKOŚĆ ROZMAZU

A I. Odpowiedni do oceny

☐

A II. Częściowo nadaje się do oceny

☐

a) mała liczba komórek

☐

b) duży stan zapalny

☐

c) krew

☐

d) brak komórek kanałowych

☐

e) preparat podsuszony

☐

f) preparat źle utrwalony

☐

g) cytoliza

☐

A III. Nie nadaje się do oceny

☐

a) mała liczba komórek

☐

b) duży stan zapalny

☐

c) krew

☐

d) brak komórek kanałowych

☐

e) preparat podsuszony

☐

f) preparat źle utrwalony

☐

g) cytoliza

☐

B. OCENA ROZMAZU

B I. Rozmaz w granicach normy

☐

B.II. Rozmaz cytologicznie nieprawidłowy

☐

C. INTERPRETACJA WYNIKU

C I. Lagodne zmiany zapalne i odczynowe

1. ZAKAŻENIA

a) grzyby

☐

b) obfita flora bakteryjna

☐

c) Trichomonas vaginalis

☐

d) inne

☐

2. ZMIANY ODCZYNOWE

a) związane z zapaleniem

☐

b) związane z atrofią

☐

c) po radio i chemioterapii

☐

d) związane z IUD

☐

C III. Zmiany w komórkach nabłonkowych

1. ZMIANY W KOMÓRKACH NABŁONKA PŁASKIEGO

a) komórki nieprawidłowe o nieokreślonym znaczeniu ASCUS

☐

b) zmiany nabłonkowe – dysplazja małego stopnia LSIL

☐

c) zmiany nabłonkowe – dysplazja dużego stopnia HSIL

☐

d) komórki raka płaskonabłonkowego

☐

2. ZMIANY W KOMÓRKACH NABŁONKA GRUCZOŁOWEGO

a) nieprawidłowe komórki gruczołowe o nieokreślonym znaczeniu AGUS

☐

b) komórki endocervikalne

☐

c) komórki endometrialne

☐

d) adenocarcinoma

☐

C VI. Wnioski:

1. Obraz cytologiczny wg Papanicolaou.

2. Zalecenia

.....
pieczętka i podpis diagnosty laboratoryjnego/ lekarza patomorfologa