

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
Pracownia Histopatologiczna**

Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Justyna Szumiło
ul. Dr K. Jaczewskiego 8b, 20-090 Lublin
tel. (+48) 81-448-65-50; 81-448-65-30, fax. 81-448-65-31
e-mail: histopatologia@spsk4.lublin.pl www.spsk4.lublin.pl

Pieczętka jednostki kierującej

SKIEROWANIE DO BADANIA CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Nr badania/...../20.....
(rok)

Data otrzymania materiału
przez pracownię histopatologiczną

Tryb wykonania badania:
normalny pilny bardzo pilny

NAZWISKO, IMIONA PACJENTA

ADRES

DATA URODZENIA

PESEL*)

PŁEĆ

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | | - | | | | | - | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

K M

W przypadku, gdy badanie wykonujemy w trybie ambulatoryjnym i pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać: **imię i nazwisko** oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego:

Pacjentka zgłosiła się na badanie: spontanicznie na zaproszenie

Pierwsza miesiączka w wieku lat

Data ostatniej miesiączki

Liczba porodów

Palenie papierosów: TAK NIE

Palenie papierosów więcej niż 20 sztuk dziennie:

Doustne środki antykoncepcyjne: TAK NIE

IUD: TAK NIE

Hormonoterapia zastępcza: TAK NIE

Data ostatniego badania cytologicznego Wynik

Ocena makroskopowa szyjki macicy: bez zmian ectropion („nadzjerka”)

Inne zmiany (opis)

Wywiad rodzinny – występowanie nowotworów u pacjentki i w rodzinie: TAK NIE

| | u pacjentki | u krewnych I ⁰ | u krewnych II ⁰ |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Rak gr. piersiowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rak jajnika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rak trzonu macicy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rak szyjki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rak macicy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rak płuc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data i godzina pobrania materiału:

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|-----|--|--|-------|--|---|---------|--|--|--|
| | | | - | | | | | - | | | | |
| ROK | | | M-C | | | DZIEN | | | GODZINA | | | |

Data oraz pieczętka i podpis lekarza

*) w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

UWAGA:

Materiał cytologiczny należy utrzymywać w 96% alkoholu etylowym lub preparaty spryskiwać cytofixem i przechowywać temperaturze pokojowej.

A. OCENA TECHNICZNA ROZMAZU

- A I** Rozmaz nadaje się do oceny
A II Rozmaz nadaje się do oceny, ale:
- a) jest ubogokomórkowy
 - b) jest podsuszony
 - c) jest niezbyt czytelny z powodu licznych komórek zapalnych
 - d) jest niezbyt czytelny z powodu licznych erytrocytów
 - e) nie stwierdza się komórek kanału szyjki macicy
 - f) występuje znaczna cytoliza lub autoliza
 - g) zawiera substancje pochodzenia zewnętrznego
- A III** Rozmaz nie nadaje się do oceny cytologicznej
- a) zbyt ubogokomórkowy
 - b) zbyt podsuszony
 - c) źle utrwalony
 - d) nieczytelny z powodu licznych komórek zapalnych
 - e) nieczytelny z powodu licznych erytrocytów
 - f) z innych powodów (np. złe oznaczenie materiału)

B. OCENA OGÓLNA ROZMAZU

- B I** Nie stwierdzono zmian śródnabłonkowych i procesu złośliwego
B II Stwierdzono obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych

C. INTERPRETACJA / WYNIK (OPIS)

- C I** Zmiany nienowotworowe
- 1. Czynniki infekcyjne
 - a) grzyby morfologicznie odpowiadające Candida
 - b) zmiany flory bakteryjnej
 - c) zmiany cytologiczne odpowiadające Chlamydia
 - d) Trichomonas vaginalis
 - e) zmiany cytologiczne odpowiadające HSV
 - f) bakterie morfologicznie odpowiadające Actinomyces
 - 2. Inne zmiany nienowotworowe
 - a) zmiany odczynowe związane z:
 - a 1) zapaleniem (łącznie z typowymi zmianami reparacyjnymi)
 - a 2) radioterapią
 - a 3) IUD
 - b) atrofia
- C II** Inne zmiany
Obecność komórek endometrialnych w rozmazie u kobiet ≥ 40 roku życia
- C III** Nieprawidłowe komórki nabłonkowe
- 1. Komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego
 - a) nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego:
 - a 1) o nieokreślonym znaczeniu (ASC-US)
 - a 2) nie można wykluczyć HSIL (ASC-H)
 - b) zmiana śródpłaskonabłonkowa małego stopnia (LSIL) (w tym: HPV/dysplazja małego stopnia/CIN I)
 - c) zmiana śródpłaskonabłonkowa dużego stopnia (HSIL) (w tym: dysplazja średniego i dużego stopnia, CIS/CIN II/CINIII)
 - c 1) z cechami podejrzanymi o inwazję
 - d) rak płaskonabłonkowy
 - 2. Komórki nabłonka gruczołowego
 - a) nieprawidłowe komórki nabłonka gruczołowego (AGC):
 - a 1) endocervikalne
 - a 2) endometrialne
 - a 3) nieokreślone
 - b) nieprawidłowe komórki nabłonka gruczołowego prawdopodobnie nowotworowe:
 - b 1) endocervikalne
 - b 2) endometrialne
 - c) gruczolakorak endocervikalny in situ (AIS)
 - d) gruczolakorak
 - d 1) endocervikalny
 - d 2) endometrialny
 - d 3) pozamaciczny
 - d 4) bliżej nieokreślony
 - 3. Inne nowotwory złośliwe
- C IV** Wyjaśnienia i sugestie

Nr badania / /
(rok)