

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município N° da lâmina

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade Órgão Emissor UF CNPJ (CPF)

Data de Nascimento / / Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE ☐ Analfabeta ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?

ano

☐ Não ☐ Não sabe

2. Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

3. Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

/ / ☐ Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(Não considerar a primeira relação sexual na vida)

☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(Não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

☐ Sim
☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

- ☐ Normal
☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
☐ Alterado
☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

- ☐ Sim
☐ Não

Data da coleta

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos