

FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA _ SEGUIMENTO COLO DO ÚTERO

Nome: _____
 Cartão de Saúde nº _____ Nome da mãe: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ Apellido: _____
 Endereço: _____
 _____ Município/UF: _____

Repetição de Exame Citopatológico

Data do exame: ____/____/____

☐ Dentro dos limites da Normalidade		☐ Lesão Intraepitelial Baixo Grau	
Células Atípicas Signifi- cado Indeter- minado	Escamosas	☐ provavelmente não neoplásica (ASC-US) ☐ não se pode afastar alto grau (ASC-H)	☐ Lesão Intraepitelial Alto grau ☐ Lesão IE de Alto grau sem afastar microinvasão
	Glandular	☐ Provavelmente não neoplásica ☐ não se pode afastar alto grau	☐ Carc. Epidermóide invasor ☐ Adenocarcinoma in situ
	Origem	☐ provavelmente não neoplásica	☐ Adenocarcinoma invasor
	Indefinida	☐ não se pode afastar alto grau	☐ Outras Neoplasias (qual _____)

Colposcopia

Data do exame: ____/____/____

Achados Colposcópicos

- ☐ Normal
☐ Anormal: Achados menores
☐ Anormal: Achados maiores
☐ Sugestivo de câncer
☐ Miscelânea (pólipo, inflamação, etc)

Zona de Transformação/adequabilidade

- ☐ Satisfatória e comp. Visível (ZT tipo I)
☐ Satisf. ecto/endocervice (ZT tipo II) JEC até 1 cm do canal
☐ Satisf. ecto/endocervice (ZT tipo II) JEC além de 1 cm do canal
☐ Insatisfatória

Biópsia

Data do exame: ____/____/____

Tipo ☐ Biópsia

☐ Peça cirúrgica

Lesões de caráter benigno

- ☐ Metaplasia escamosa ☐ Pólipo endocervical ☐ Cervicite crônica inespec. ☐ Alt. Citoarquit. Compat. HPV

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

- | | |
|---|---|
| ☐ NIC I (displasia leve)
☐ NIC II (displasia moderada)
☐ NIC III (displ. Acent. /carcin. <i>In situ</i>)
☐ Carcinoma Epiderm. Micro invasivo
☐ Carcinoma Epiderm. Invasivo | ☐ Carcinoma Epiderm. Impôs. Avaliar invasão
☐ Adenocarcinoma <i>in situ</i>
☐ Adenocarcinoma invasor
☐ Outras neoplasias (qual _____)
_____ |
|---|---|

Tratamento realizado

- | | |
|---|--|
| ☐ EZT – Ver e tratar Data ____/____/____
☐ EZT – pós biópsia Data ____/____/____
☐ Conização Data ____/____/____
☐ Histerectomia Data ____/____/____ | ☐ Radioterapia Data ____/____/____
☐ Quimioterapia Data ____/____/____
☐ Cuidados Paliativos Data ____/____/____
☐ Outros _____ Data ____/____/____ |
|---|--|

Informações Adicionais:

- ☐ Recusa/abandono ☐ Não localizada - Endereço incorreto ☐ Não localizada - Mudou-se

Motivo: _____

OBS.: _____

