2.000

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Identidade

Orgão Emissor

UF

Apelido da Mulher

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Raça/cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indigena/Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Nacionalidade

Número

Complemento

Código do Município

Bairro

UF

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame e 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

4. 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

9. 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 tranmissíveis?

☐ Sim

☐ Não

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

Data da coleta / /

coletor