|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pieczątka jednostki kierującej |  | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie****Zakład Patomorfologii****Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Justyna Szumiło****ul. Dr K. Jaczewskiego 8b, 20-090 Lublin****tel. 781 881 068; (+48) 81-448-65-30, fax. 81-448-65-50****e-mail: histopatologia@USK4.lublin.pl www.USK4.lublin.pl** |

**SKIEROWANIE DO BADANIA CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr badania ................................./......................../20……...... (rok) |  | Data otrzymania materiałuprzez 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 („nadżerka”)  |
| Inne zmiany (opis) |  |
|  |
|  |
| Wywiad rodzinny – występowanie nowotworów u pacjentki i w rodzinie: TAK NIE  |
|  | u pacjentki | u krewnych I0 | u krewnych II0 |  |
| Rak gr. piersiowego  | □ | □ | □ | Data i godzina pobrania materiału: |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
| ROK |  | M-C |   | DZIEŃ |  | GODZINA |

 |
| Rak jajnika  | □ | □ | □ |
| Rak trzonu macicy  | □ | □ | □ |
| Rak szyjki  | □ | □ | □ | Data oraz pieczątka i podpis lekarza |
| Rak macicy  | □ | □ | □ |  |
| Rak płuc  | □ | □ | □ |  |
|  |  |  |  |  |

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

**Wypełnia lekarz patomorfolog/ cytotechnik**

**A. OCENA TECHNICZNA ROZMAZU**

**A I Rozmaz nadaje się do oceny**

**A II Rozmaz nadaje się do oceny, ale:**

1. **jest ubogokomórkowy**
2. **jest podsuszony**
3. **jest niezbyt czytelny z powodu licznych komórek zapalnych**
4. **jest niezbyt czytelny z powodu licznych erytrocytów**
5. **nie stwierdza się komórek kanału szyjki macicy**
6. **występuje znaczna cytoliza lub autoliza**
7. **zawiera substancje pochodzenia zewnętrznego**

**A III Rozmaz nie nadaje się do oceny cytologicznej**

1. **zbyt ubogokomórkowy**
2. **zbyt podsuszony**
3. **źle utrwalony**
4. **nieczytelny z powodu licznych komórek zapalnych**
5. **nieczytelny z powodu licznych erytrocytów**
6. **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**
1. **grzyby morfologicznie odpowiadające Candida**
2. **zmiany flory bakteryjnej**
3. **zmiany cytologiczne odpowiadające Chlamydia**
4. **Trichomonas vaginalis**
5. **zmiany cytologiczne odpowiadające HSV**
6. **bakterie morfologiczne odpowiadające Actinomyces**
	1. **Inne zmiany nienowotworowe**
7. **zmiany odczynowe związane z:**
8. **zapaleniem (łącznie z typowymi zmianami reparacyjnymi)**
9. **radioterapią**
10. **IUD**
11. **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**

Nr badania………………. / …..….. / …..…..

 (rok)

1. **nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego:**
2. **o nieokreślonym znaczeniu (ASC-US)**
3. **nie można wykluczyć HSIL (ASC-H)**
4. **zmiana śródpłaskonabłonkowa małego stopnia (LSIL) (w tym: HPV/dysplazja małego stopnia/CIN I)**
5. **zmiana śródpłaskonabłonkowa dużego stopnia (HSIL) (w tym: dysplazja średniego i dużego stopnia,
CIS/CIN II/CINIII)**
6. **z cechami podejrzanymi o inwazję**
7. **rak płaskonabłonkowy**
8. **Komórki nabłonka gruczołowego**
9. **nieprawidłowe komórki nabłonka gruczołowego (AGC):**
10. **endocerwikalne**
11. **endometrialne**
12. **nieokreślone**
13. **nieprawidłowe komórki nabłonka gruczołowego prawdopodobnie nowotworowe:**
	1. **endocerwikalne**
	2. **endometrialne**
14. **gruczolakorak endocerwikalny in situ (AIS)**
15. **gruczolakorak**
16. **endocerwikalny**
17. **endometrialny**
18. **pozamaciczny**
19. **bliżej nieokreślony**
20. **Inne nowotwory złośliwe**

**C IV Wyjaśnienia i sugestie**

 ……………………………..…………… ……………………………………………

 cytotechnik lekarz patomorfolog

 (data oraz pieczątka i podpis) (data oraz pieczątka i podpis)