|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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 („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)