A. Jakość preparatu

☐ I Rozmaz odpowiedni do oceny:
- ☐ obecne są komórki kanału szyjki macicy / strefy przekształceń
- ☐ brak komórek kanału szyjki macicy / strefy przekształceń

☐ II Rozmaz nadaje się do oceny, ale ograniczony dla oceny zaburzeń nabłonkowych:
- ☐ ubogokomórkowy
- ☐ niezbyt czytelny z powodu licznych komórek zapalnych
- ☐ niezbyt czytelny z powodu licznych erytrocytów
- ☐ podsuszony przed utrwaleniem
- ☐ niezbyt czytelny z powodu znacznej cytolizy
- Inne: _____

☐ III Rozmaz nie nadaje się do oceny:
- ☐ zbyt ubogokomórkowy
- ☐ zbyt podsuszony przed utrwaleniem
- ☐ nieczytelny z powodu licznych komórek zapalnych
- ☐ nieczytelny z powodu licznych erytrocytów
- Inne: _____

B. Rozpoznanie

☐ Nie stwierdzono neoplazji śródnabłonkowej ani nowotworu złośliwego

☐ Obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych

☐ Inne zmiany

C. Interpretacja / wynik

Czynniki infekcyjne:

☐ pierwotniakowe (Trichomonas vaginalis)

☐ grzybicze - morfologiczne odpowiadające Candida sp.

☐ zmiana flory sugerująca dysbakteriozę pochwy

☐ bakterie morfologiczne odpowiadające Actinomyces sp.

☐ zmiany komórkowe związane z wirusem Herpes simplex

Inne: _____

Inne zmiany nienowotworowe

☐ Odczynowe zmiany komórkowe związane z:
- ☐ zapaleniem (łącznie z typowymi zmianami reparacyjnymi)
- ☐ radioterapią
- ☐ obecnością wkładki domacicznej IUD
- ☐ atrofią z zapaleniem

☐ **Atrofia**

☐ **Komórki gruczołowe u pacjentki po hysterectomii**

Obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych

1. Komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego

☐ a) atypowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego (ASC):
- ☐ których charakter trudno jednoznacznie ustalić (ASC-US)
- ☐ nie można wykluczyć zmiany śródnabłonkowej wysokiego stopnia (ASC-H)

☐ b) neoplazja śródnabłonkowa niskiego stopnia (LSIL):
- ☐ związana z infekcją HPV lub dysplazja gradus minoris (CIN 1)

☐ c) neoplazja śródnabłonkowa wysokiego stopnia (HSIL) obejmująca:
- ☐ dysplasia gradus mediocris (CIN 2), maioris (CIN 3) oraz carcinoma in situ
- ☐ nie można wykluczyć raka inwazyjnego

☐ d) Carcinoma planoepitheliale invasivum

2. Komórki gruczołowe

☐ a) atypowe komórki gruczołowe (AGC):
- ☐ endocerwikalne ☐ endometrialne ☐ nieokreślonego typu

☐ b) atypowe komórki gruczołowe najprawdopodobniej nowotworowe:
- ☐ endocerwikalne ☐ nieokreślonego typu

☐ Endocervical adenocarcinoma in situ

☐ Adenocarcinoma

Inne zmiany

☐ Obecność komórek endometrialnych u kobiety powyżej 40 roku

Inne: _____

Uwagi i zalecenia

☐ wskazana kontrola cytologiczna _____

☐ wskazana kontrola po leczeniu przeciwzapalnym

☐ wskazana kontrola po miejscowej terapii hormonalnej

☐ wskazana kolposkopia

☐ wskazana kolposkopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego

☐ wskazane pobranie wycinków do badania histopat.

☐ wskazane wykonanie testu na obecność wirusów HPV:
- ☐ DNA ☐ mRNA

Inne: _____

☐ Badania dodatkowe:
- ☐ HPV-DNA ☐ typ: _____
- ☐ HPV-mRNA ☐ typ: _____
- ☐ CT ☐ NG ☐
- ☐ Ureaplasma ☐ Mycoplasma ☐
- ☐ Tv ☐ HSV ☐ Candida ☐
- ☐ Automatyczny screening

Inne: _____

☐ cytologia kontrolna wg. wskazania Meditest

☐ WKJ ☐ ciekawy przypadek

Cytomorfolog:

Zweryfikował:

Zatwierdził:

Rozliczenie

d d m m r r

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

pieczątka ZOZ lub praktyki lekarskiej

Meditest
Diagnostyka Medyczna
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Przyjmowanie materiału do badań:

NZOZ Meditest. Diagnostyka Medyczna
ul. Bronisławy 14 D, 71-533 SZCZECIN
tel. 91 812 27 44 fax. 91 812 27 45
tel. kom. 602 64 69 12, 602 64 69 42
w godz. 8:00 - 15:00 lub po uzgodnieniu telefonicznym
www.meditest.pl e-mail: info@meditest.pl

Nr ekspertyzy _____ (wypełnia Meditest)

☐ **Program NFZ** **Nr SIMP** ☐

Nazwisko pacjentki (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

Imię

d d m m r r r r

Data urodzenia

d d m m r r r r

Data pobrania **Nr. pacjentki/preparatu** **PESEL**

Lekarz zlecający

tel. kontaktowy

Ocena makroskopowa szyjki macicy: **bez zmian** ☐ **Ektopia** ☐

Rozpoznanie klin./inne zmiany: _____

Cykle miesiączkowe: **prawidłowe** ☐ **nieregularne** ☐ **po menopauzie** ☐ **HTZ** ☐ **Data ostat. miesiączki** _____

Ciężarna ☐ **Hbd** _____ **Po porodzie** ☐ **IUD** ☐ **Antykoncepcja hormonalna** ☐ **Obecność HPV** ☐ **typ:** _____

Wcześniej nieprawidłowy rozmaz ☐ **Kiedy?** _____ **Wcześniejsze rozpoznanie:** _____ **Pracownia:** _____

Wymaz pobrano z: ☐ **kanału szyjki i tarczy cz.pochwowej** ☐ **tarczy cz.pochwowej** ☐ **sklepienia pochwy**

Zlecam wykonanie dodatkowych testów: ☐ *cyto*HPV*test*-Genotype ☐ *cyto*HPV*test*-mRNA ☐ *cyto*HPV*test*-HR ☐ *cyto*HPV*test*-HR z opcją genotypowania

☐ **Chlamydia/Neisseria** ☐ **Mycoplasma/Ureaplasma** ☐ **Trichomonas vag.** ☐ **HSV (1&2)** ☐ **Candida sp.** (C.albicans, C.parapsilosis, C.dubliniensis, C.glabrata, C.kruzei, C.tropicalis)

☐ **Panel I: cytologia LBC + HPV-HR + CT/NG + Tv + HSV + Myco/Ureaplasma** **Inne:** _____

☐ **Panel II: cytologia LBC + HPV-Genotype + CT/NG + Tv + HSV + Myco/Ureaplasma** _____

☐ **Panel III: cytologia LBC + HPV-mRNA + CT/NG + Tv + HSV + Myco/Ureaplasma** _____

Wymaz pobrano na podłoże płynne (LBC): ☐ *SurePath* ☐ *LiquiFix* ☐ *ThinPrep*