

UF  CNES da Unidade de Saúde Unidade de Saúde Município Prontuário 

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS 

Proc. Nº: 00611/2026

Folhas Nº: 47

Visto: Nome completo da Mulher Nome completo da Mãe Apelido da Mulher Identidade Órgão Emissor UF CNPJ (CPF) Data de Nascimento Idade Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/Etnia 

## Dados Residenciais

Logradouro Nacionalidade Número Complemento Bairro UF Código do Município Município CEP DDD Telefone Ponto de Referência Escolaridade ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

## DADOS DA ANAMNESE

Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

☐ Sim. Quando fez o último exame?ano ☐ Não ☐ Não sabe2 - Usa DIU? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe3 - Está grávida? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe4 - Usa pílula anticoncepcional? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5 - 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 transmissíveis?

☐ Sim  
☐ NãoData da coleta Coletor 

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



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

\_\_\_\_\_

Número do Exame

\_\_\_\_\_

Nome do Laboratório

\_\_\_\_\_

Recabido em:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- ☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- ☐ Lâmina danificada ou ausente
- ☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: \_\_\_\_\_
- ☐ Outras causas; especificar: \_\_\_\_\_

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUALIDADE DO MATERIAL

- ☐ Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10 % do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecação em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75 % do esfregaço
- ☐ Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

- ☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO
- ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa imatura
- ☐ Reparação
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Radiação
- ☐ Outros; especificar: \_\_\_\_\_

MICROBIOLOGIA

- ☐ *Lactobacillus* sp
- ☐ Cocos
- ☐ Sugestivo de *Chlamydia* sp
- ☐ *Actinomyces* sp
- ☐ *Candida* sp
- ☐ *Trichomonas vaginalis*
- ☐ Efeito citopático com vírus do grupo Herpes
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)
- ☐ Outros bacilos
- ☐ Outros; especificar: \_\_\_\_\_

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas: ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
- Glandulares: ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida: ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- ☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATÍPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Adenocarcinoma «in situ»
- Adenocarcinoma invasor: ☐ Cervical
- ☐ Endometrial
- ☐ Sem outras especificações

☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_

☐ PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Responsável pelo resultado

\_\_\_\_\_

Data da liberação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNPJ (CPF)

\_\_\_\_\_