

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____
Unidade de Saúde _____
Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____
Nome Completo da Mulher* _____
Nome Completo da Mãe _____
Apelido da Mulher _____
Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____ CNPF (CPF) _____
Data de Nascimento* ____/____/____ Idade _____ Raça/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena
Dados Residenciais
Logradouro _____
Número _____ Complemento _____
Bairro _____ UF _____
Código do Município _____ Município _____
CEP _____ DDD _____ Telefone _____
Ponto de Referência _____
Escolaridade: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame 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

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
 Sim Não Não sabe

7. 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 congênicas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

Data da coleta* ____/____/____ Responsável* _____