

**PATOLOGIA CERVICAL E COLPOSCOPIA**

NOME:

IDADE: | DATA: | MATRÍCULA: | Nº CARTÃO SUS:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

ESTADO CIVIL: | PROFISSÃO:

**1. ANAMNESE:****2. ANTECEDENTES PESSOAIS:**A - CONTRACEPÇÃO: | | ORAL | | RITMO | | GELÉIA | | HÁ QUANTO TEMPO:  
| | NÃO FAZ | | CONDOM | | DIU |

TIPO:

B - LEUCORRÉIA: | | SIM | | NÃO

C - DISPAREUNIA: | | SIM | | NÃO

D - SINUSIORRAGIA: | | SIM | | NÃO

E - METRORRAGIA: | | SIM | | NÃO

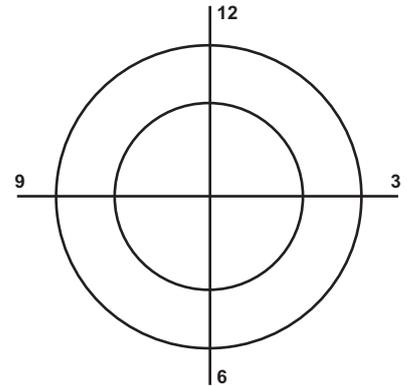
F - CAUTERIZAÇÃO: | | SIM | | NÃO | | D.O | | CRIO | | QUÍMICA

**3. ANTECEDENTES MENSTRUAIS:**DUM: | MENOPAUSA: | MENARCA: | CICLO: DURAÇÃO: | INTERVALO: | QUANTIDADE:  
| ANOS | ANOS |**4. ANTECEDENTES SEXUAIS:**1º COITO: | Nº DE PARCEIROS: | FREQUÊNCIA DO ATO SEXUAL:  
| ANOS |**5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**GESTAÇÕES: | PARIDADE: | TIPOS DE PARTO: | | PARTO CEZÁRIO | | FÓRCEPS | | A. PROVOCADO  
| | P. EUTÚCICO | | A. EXPONTÂNEO | | A. INCOMPLETO**6. COLPOSCOPIA:****A - CERVIX:**| | EPITELIZADO | | HIPOTRÓFICO | | COLOAMPUTADO | | NORMOTRÓFICO | | HIPERTRÓFICO | | AUSÊNCIA COLO  
| | O. EFENDA TRANSV. | | O. EFENDA CIRCULAR | | O. EFENDA PUNTIFORME | | O. E. ESTENOSADO**MUCO:**

| | CLARO | | TURVO | | MUCOPUS | | HEMÁTICO

B - COLPOSCOPIA:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLO EPITELIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÁCULA RUBRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECTRÓPIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PÓLIPO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPEREMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECTOPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COLPITE			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z.T.N.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Z.T.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DENTRO Z. TRANSF.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FORA Z. TRANSF.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J.E.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SATISFATÓRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INSATISFATÓRIO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPT. ACETOBRANCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PLANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICROPAPILAR			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PONTILHADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÁSPERO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOSAICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÁSPERO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LEUCOPLASIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TÊNUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DENSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASOS ATÍPICOS



ASSOCIAÇÃO IMAGENS:

C - T. SCHILLER:  POSITIVO  NEGATIVO

7. VAGINOSCOPIA:

T. SCHILLER:  POSITIVO  NEGATIVO

8. VULVOSCOPIA:

T. R. COLUNS:  POSITIVO  NEGATIVO  L. S. CLÍNICA

9. CITOLOGIA ONCÓTICA:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	DATA:	CLASSE:	Nº LÂMINAS:	SAÍDA LABORAT.:
--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------	-----	-------	---------	-------------	-----------------

10. ANATOMO PATOLÓGICO:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO	DATA:
--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------	-----	-------

11. TERAPÊUTICA INDICADA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. ACOMPANHAMENTO (FOLLOW UP):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA / CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

---

---