

**PATOLOGIA CERVICAL E COLPOSCOPIA**

NOME:

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

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

ESTADO CIVIL: | PROFISSÃO:

**1. ANAMNESE:****2. ANTECEDENTES PESSOAIS:**A - CONTRACEÇÃO: | | 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

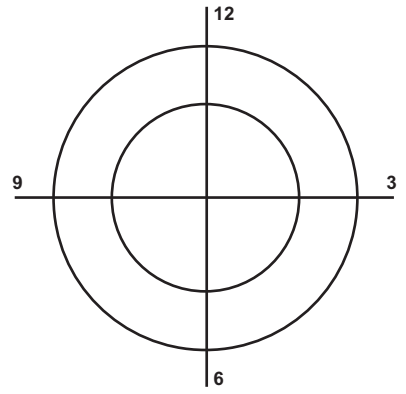
F - CAUTERIZAÇÃO: | | SIM | | NÃO | | D.O | | CRIO | | QUÍMICA

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



**ASSOCIAÇÃO IMAGENS:**

<input type="checkbox"/> C - T. SCHILLER:	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
---	-----------------------------------	-----------------------------------

**7. VAGINOSCOPIA:**

<input type="checkbox"/> T. SCHILLER:	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

**8. VULVOSCOPIA:**

<input type="checkbox"/> T. R. COLUNS:	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> L. S. CLÍNICA
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--

**9. CITOLOGIA ONCÓTICA:**

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

**10. ANÁTOMO PATOLÓGICO:**

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

**11. TERAPÊUTICA INDICADA:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**12. ACOMPANHAMENTO (FOLLOW UP):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DATA / CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:**

---