

Instructivo Formulario PAP ppccu01/06**UNIDAD DE TOMA DE MUESTRA**

Centro de Salud: nombre del centro o mutualista

Nro de PAP : Corresponde al número que le otorgan en la policlínica , no tiene interés especial el programa, puesto a solo efectos de control interno.

Lugar de Toma de muestra: policlínica donde se tomo la muestra. Colocar el nombre de la policlínica y la ciudad .Campo OBLIGATORIO

Depto. Lugar de Toma de muestra: Departamento del país en el que esta el lugar de toma de muestra. Campo OBLIGATORIO

Fecha de Toma de muestra: fecha en que se toma la muestra, en el formato días-mes –año con 4 cifras. Campo OBLIGATORIO

IDENTIFICACION

Cedula de Identidad: identificación de la paciente-Campo OBLIGATORIO. DEBE SER VALIDA.

Guion: colocar el numero luego del guión en la cedula(digito de verificación). Campo OBLIGATORIO

1er Apellido : Primer Apellido, colocarlos en letra de imprenta en los cuadros. Campo OBLIGATORIO

2do Apellido: Segundo Apellido Campo OBLIGATORIO

1er Nombre : Primer Nombre Campo OBLIGATORIO

2do Nombre : Segundo Nombre Campo OBLIGATORIO

Ejemplo ficticio: “De Souza Rodríguez”

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|-------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1er Apellido | | | | | | | | | | 2doApellido | | | | | | | | | | | | | | |
| D | E | | S | O | U | Z | A | | | | | | | | | R | O | D | R | I | G | U | E | Z |
| 1er Nombre | | | | | | | | | | 2do Nombre | | | | | | | | | | | | | | |
| J | U | A | N | A | | | | | | M | A | R | I | A | | | | | | | | | | |

Edad :edad en años completos

Fecha de nacimiento : en el formato dias-mes –año con 4 cifras. Campo OBLIGATORIO

DOMICILIO

Calle: calle donde vive la mujer usualmente Campo OBLIGATORIO

Nro: número de la casa donde vive la mujer, en caso de apartamento colocar también el nro de puerta del apartamento. Campo OBLIGATORIO

Entre: una de las calles transversales

Y : otra de las calles transversales

Telefono de contacto: telefono de la mujer u otra persona que permita contactarla. Campo OBLIGATORIO

Ciudad/Barrio: Campo OBLIGATORIO

Para el interior: pueblo o ciudad donde vive la mujer

Para Montevideo: barrio donde vive la mujer, según la lista de barrios registrados

Depto: Departamento donde vive la mujer Campo OBLIGATORIO

HISTORIA

Fecha de ultima menstruación: en el formato dias-mes –año con 4 cifras.

Menopausia: si esta en menopausia, marcar SI

Embarazo actual: si esta cursando embarazo, marcar SI

Lactancia en curso: si esta en lactancia, marcar SI

Toma realizada por: nombre de la persona que toma la muestra .

EJEMPLO FICTICIO

CENTRO DE SALUD/MUTUALISTA: MUTUALISTA CCRR

Cedula de Identidad: 4 0 0 2 3 3 4 - 5 **Fecha de Toma de muestra** 2 3 / 0 5 / 2 0 0 6

| | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Lugar de Toma de muestra POLIC. "JOSE MARIA" -TALA | Depto.del lugar toma de muestra CANELONES |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|

IDENTIFICACIÓN

| | |
|--------------|---------------------|
| 1er Apellido | 2do Apellido |
| P O N Z O | B A R R E T O |
| 1er Nombre | 2do Nombre |
| J U A N A | M A R I A |
| Edad | Fecha de nacimiento |
| 3 4 | 2 1 / 0 6 / 1 9 7 1 |

Domicilio: Calle: JOAQUIN SUAREZ..... Nro:233

Entre ARTIGAS Y 18 DE JULIO.....

Teléfono de contacto: 0 3 2 2 3 0 2 0

Ciudad/Barrio LAS PIEDRAS Depto: CANELONES-----

HISTORIA

Fecha de ultima menstruación: 1 4 / 0 5 / 2 0 0 6

| | | |
|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Menopausia: | Si | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Embarazo actual: | Si | <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Lactancia en curso | <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Toma realizada por: PARTERA MARIA GONZALEZ

Instructivo Formulario ppccu01/06**LABORATORIO****=====INFORME CITOLÓGICO=====**

Nro Lamina: Identificación de la lamina dada por el laboratorio Campo OBLIGATORIO

Fecha de Recepción de la muestra: fecha de recepción de las laminas desde la policlínica en formato Día, Mes,Año con cuatro cifras.

Laboratorio: Nombre del laboratorio de Citología que recibe y procesa la muestra.Campo OBLIGATORIO

Calidad de la muestra: colocar el número correspondiente según lo indicado en el formulario Campo OBLIGATORIO

[1]Satisfactoria;

[2] Insatisfactoria(muestra rechazada);

[3]Insatisfactoria (muestra procesada y examinada)

OPCIONES para Negativo Para lesión intraepitelial o malignidad: Tildar solo en el caso de presencia de alguna de las características

1. :Trichomonas vaginalis
2. :Organismos micóticos morfológicamente compatibles con Cándida ssp
3. :Cambios en la flora vaginal sugerente a vaginitis bacteriana
4. :Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces spp
5. :Cambios compatibles con Virus Herpes Simple
6. :Cambios celulares reactivos compatibles con Inflamación
7. :Cambios celulares reactivos compatibles con Radiación
8. :Cambios celulares reactivos compatibles con Dispositivo Intrauterino (DIU)
9. :Presencia de células glandulares post histerectomía
10. :Atrofia

OPCIONES para Anomalía de Células Epiteliales :Tildar solo en el caso de presencia de alguna de las características

- A. :Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
- B. :Células escamosas atípicas no se puede descartar H-SIL (ASC-H)
- C. :Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL) (comprendiendo: displasia leve/CIN 1- PVH)
- D. :Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL) (comprendiendo displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 CIN 3)
- E. :Carcinoma de células escamosas
- F. :Células glandulares atípicas - endocervicales (ACG)
- G. :Células glandulares atípicas - endometriales (ACG)
- H. :Células glandulares atípicas - glandulares (ACG)
- I. :Células atípicas, sugestivas de neoplasia endocervicales
- J. :Células atípicas, sugestivas de neoplasia glandulares
- K. :Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- L. :Adenocarcinoma endocervical
- M. :Adenocarcinoma endometrial
- N. :Adenocarcinoma extrauterino
- O. :Adenocarcinoma no específico (NOS)

OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (especificar): En el caso que hubiera , especificar con letra de imprenta.

Células endometriales en mujer mayor de 40 años:: si en mujer mayor de 40 años, encuentra células endometriales ,marcar SI.

CONCLUSION DIAGNOSTICA: colocar el número correspondiente (un solo número) según las opciones indicadas en el formulario. El citólogo debe decidir cual es el hallazgo mas relevante, dicho diagnóstico será el definitivo para el Programa PPCCU. Campo OBLIGATORIO

[0] Insatisfactoria;[1] Negativo;[2] ACG; [3] ASC-US;[4] ASC-H; [5]L-SIL;[6] H-SIL;[7] Carcinoma cel. escamosas;[8] AIS ;[9] Adenocarcinoma;[10] Otro

Fecha de Informe Citológico: fecha en la cual se emite el informe en el formato dias-mes –año con 4 cifras. Campo OBLIGATORIO

Informe realizado por (Campo OBLIGATORIO)

Nombre de/de los técnico/s que realizaron el informe

Firma1:

Firma2.:

OBSERVACIONES: es un campo libre para escribir lo que le parezca de relevancia al que realiza el informe.

-----+-----