
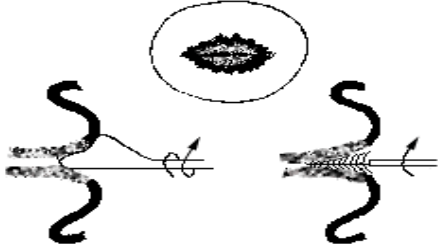
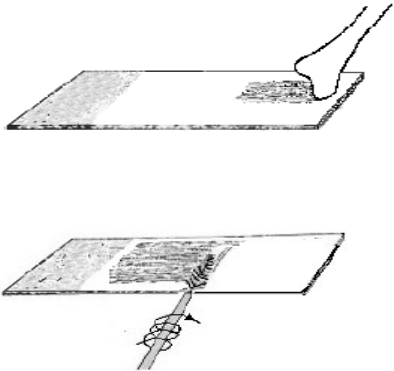
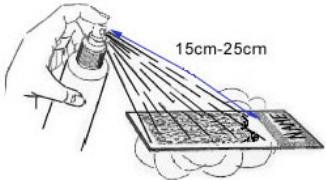

ANEXO II

<p>Fecha: CI: Apellido:</p> 	<p>Rotule la lámina (no usar etiquetas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con lápiz de grafo en extremo esmerilado de la láminas de la siguiente manera <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Fecha: Nro cedula: Apellido:</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Las láminas no rotuladas o mal rotuladas no serán procesadas.</u> • Complete el formulario PPCCU01; • Asegúrese que los datos estén completos, C.I.; fecha de toma, nombre, edad y dirección.
	<p>Visualice el cuello</p> <ul style="list-style-type: none"> • No use gel lubricante <p>Evalúe la ubicación de la zona de transformación. Asegúrese que cada zona sea recolectada con el dispositivo adecuado.</p> <p>Recolecte la muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener un frotis adecuado de pap, use un espéculo y un dispositivo de muestra endocervical (palito, cepillo) <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajalenguas de madera <ul style="list-style-type: none"> * Rote una vez en 360° * Mantenga el bajalenguas bien aplicado 2. Palito o cepillo endocervical <ul style="list-style-type: none"> * Inserte suavemente • Gire suavemente solo en 60 °
	<p>Extienda la muestra</p> <p>Use una sola lámina aplique cada muestra en una mitad de la lámina , como se exhibe y manténgalas separadas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajalenguas <ul style="list-style-type: none"> * Desparrame en un solo movimiento uniforme 2. Palito o Cepillo <ul style="list-style-type: none"> * La muestra se secará rápidamente * Gire en un solo movimiento <p>Esta secuencia debe ser aplicada de modo a evitar demora.</p>
	<p>Fije la muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente • Permita que la muestra se seque antes de introducirla en la caja de transporte.

PLAN de EXPANSION del PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO "DR. ENRIQUE POUHEY- CHLCC-MSP

Modelo colpo-patológica PPCCU02/06

CENTRO DE COLPOSCOPIA

Fecha del examen colposcópico

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cedula de Identidad: -

PAP previo SI NO Fecha de Toma de muestra PAP / /

Resultado PAP

Negativo-	<input type="checkbox"/>
Insatisfactorio-	<input type="checkbox"/>
Patológico	<input type="checkbox"/>

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Edad Fecha de nacimiento / /

Domicilio: Calle: Nro:

Entre Y

Teléfono de contacto:

Ciudad o Barrio(Mdeo) Depto:

RESULTADO COLPOSCOPIA [0] Ninguno; [1] Normal; [2] Inflamación; [3] Patológica con Cambios menores Grado 1; [4] Patológica con Cambios mayores Grado 2; [5] Carcinoma invasivo; [6] No concluyente;

PROCEDIMIENTO REALIZADO

Ninguno: LEC: Biopsia: Polipectomía: Otros:

Colposcopia realizada por:

===== ANATOMIA PATOLOGICA =====

LAB. DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de recepción de la muestra: / /

HISTOLOGIA [0] Insatisfactoria; [1] Negativo; [2] Condiloma viral/ Displasia Leve/CIN 1/L-SIL; [3] Displasia Moderada/CIN 2/H-SIL; [4] Displasia Severa/CIN 3/H-SIL; [5] Carcinoma in situ; [6] Carcinoma invasivo escamocelular; [7] Adenocarcinoma in situ; [8] Adenocarcinoma invasivo; [9] Otros tumores epiteliales malignos [10] Otros tumores mesenquimáticos malignos [11] Otros tumores [12] Otro

Fecha de Informe Anatomía Patológica: / /

Informe realizado por:

Obs:

PLAN de EXPANSION del PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO
 "DR. ENRIQUE POUHEY"- CHLCC-MSP

Modelo tratamiento PPCCU-T1/07

CENTRO DE TRATAMIENTO

Fecha de consulta ^{Día} / ^{Mes} / ^{Año}

Cedula de Identidad: -

1er Apellido **2do Apellido**

1er Nombre **2do Nombre**

Fecha de nacimiento ^{Día} / ^{Mes} / ^{Año} **Edad**

HISTOLOGIA

[0] Insatisfactoria; [1] Negativo; [2] Condiloma viral/ Displasia Leve/CIN 1/L-SIL;
 [3] Displasia Moderada/CIN 2/H-SIL; [4] Displasia Severa/CIN 3/H-SIL;
 [5] Carcinoma in situ ; [6] Carcinoma invasivo escamocelular; [7] Adenocarcinoma in situ ;
 [8] Adenocarcinoma invasivo; [9] Otros tumores epiteliales malignos
 [10] Otros tumores mesenquimáticos malignos [11] Otros tumores [12] Otro

Fecha de Informe Anatomía Patológica: / / **LAB:**

En caso de cáncer invasor:

ESTADIO : [1] Estadio I A; [2] Estadio I B; [3] Estadio II A
 [4] Estadio II B; [5] Estadio III A; [6] Estadio III B; [7] Estadio IV A ; [8] Estadio IV B;

GRADO: [1] Bien Diferenciado
 [2] Moderadamante diferenciado
 [3] Indiferenciado

TRATAMIENTO REALIZADO [1] Ninguno; [2] LEEP; [3] Conización quirúrgica; [4] Histerectomía; [5] Cirugía Radical; [6] Trat. Cáncer

Médico tratante
Obs:

===== **ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZA QUIRURGICA*** =====

LAB. DE ANATOMIA PATOLOGICA **Fecha de recepción de la muestra:** ^{Día} / ^{Mes} / ^{Año}

HISTOLOGIA [0] Insatisfactoria; [1] Negativo; [2] Cervicitis [3] L-SIL [4] H-SIL Bordes Libres
 [5] H-SIL bordes Comprometidos

Fecha de Informe Anatomía Patológica: ^{Día} / ^{Mes} / ^{Año}
Informe realizado por:

*El formulario debe acompañar la pieza quirúrgica a analizar.



PLANILLA DE REGISTRO DE FUENTES DE INFORMACIÓN INDIVIDUAL

DEPARTAMENTO: _____

Institución	Localidad	Persona de contacto			Características de la información existente
		Nombre	Tel	Dirección	

Institución: corresponde al nombre del lugar de donde pueden obtenerse listados individuales de mujeres de la población objetivo, éstos puede ser Escuelas , Clubes, Hospitales etc.

Localidad: ciudad o pueblo de donde se encuentra la institución

Persona de Contacto (nombre, teléfono y dirección): persona que puede brindar mas detalles sobre la información brindada

Características de la información existente: corresponde a todos los datos personales de las mujeres que son posibles de obtener a partir del listado existente en la institución, por ejemplo edad de las mujeres, la dirección, el teléfono, a que población, barrio o lugar geográfico pertenecen.



FORMULARIO DE REGISTRO de RECHAZO DE MUESTRAS CITOLÓGICAS

LABORATORIO: _____

PERIODO:/-.../..... al/...../.....			
<i>PPCCU-FRM01</i>			
UTM	Fecha Recibo	Motivo rechazo	Número de muestras y obs.
		<input type="checkbox"/> Rotura <input type="checkbox"/> Falta Identificación Muestra <input type="checkbox"/> Falta Identificación Formulario <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Fecha: ____/____/____

Firma: _____

