

FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA Y BIOPSIA

DATOS PERSONALES

FECHA: / /

Apellido y Nombre:

DNI Pasap. Otros N° N° de ficha / Historia clínica:

Tel propio: Cod. de área () Tel opcional: Cod. de área ()

N° N°

Fecha de Nacimiento: / / Edad:

Género: Mujer Cis Varón trans No binarie Otro

Domicilio:

Barrio: | Localidad: Provincia:

Obra Social: SI NO | Mail (opcional):

RESPONSABLE DEL EXAMEN COLPOSCÓPICO

Apellido y Nombre:

Nombre del establecimiento: | Localidad del establecimiento:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PREVIA

Resultado Test VPH	FECHA: / /	Resultado de la citología	FECHA: / /
Negativo: <input type="checkbox"/> Positivo: <input type="checkbox"/>		INSATISFACTORIO: <input type="checkbox"/> NILM/NORMAL: <input type="checkbox"/> ASC-US: <input type="checkbox"/> LSIL: <input type="checkbox"/>	
		ASC-H: <input type="checkbox"/> HSIL: <input type="checkbox"/> CA: <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/>	

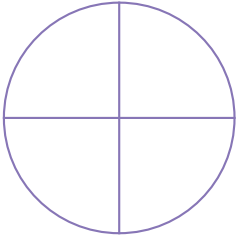
COLPOSCOPIA

Colposcopia: SI NO

Evaluación General	Zona de Transformación
Adecuada: <input type="checkbox"/> Inadecuada: <input type="checkbox"/>	1 2 3 (1) Unión Escamocolumnar (UEC) completamente visible (2) UEC parcialmente visible (3) UEC no visible

FICHA PARA EL REGISTRO DE COLPOSCOPIA Y BIOPSIA

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS (IFCPC 2011)

Hallazgos Normales	<input type="checkbox"/>	Biopsia:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Anormales Grado I (menor)	<input type="checkbox"/>	ECC: (Evaluación Conducto Cervical)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
Grado II (mayor)	<input type="checkbox"/>	Cepillo	<input type="checkbox"/>		
No Específico	<input type="checkbox"/>	Cureta	<input type="checkbox"/>		
Sospecha de Invasión	<input type="checkbox"/>	Test de Schiller + o -			
Hallazgos Varios	<input type="checkbox"/>				

ANATOMÍA PATOLÓGICA

RESULTADO DE LA BIOPSIA DE ORIGEN COLPOSCÓPICO

Insatisfactorio	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	CIN I	<input type="checkbox"/>	CIN II	<input type="checkbox"/>	CIN III	<input type="checkbox"/>	CIS	<input type="checkbox"/>
Ca Invasor	<input type="checkbox"/>	Adenocis	<input type="checkbox"/>	Adeno Ca Invasor	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Especificar			

Complete el bloque utilizando los códigos del Sistema de Información de Tamizaje (SITAM).

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si se realiza toma de biopsia, enviar la ficha junto con la muestra al laboratorio de anatomía patológica.
En caso de no tomar biopsia, se solicita registrar el resultado de la colposcopia en SITAM.