

## FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH

### DATOS PERSONALES

N° de Ficha / Historia Clínica:		Apellido y Nombre :	
País de Residencia:		Provincia:	
Departamento / Partido:		Localidad:	
Domicilio:		Barrio:	
Zona de Salud:		CP:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento:    /    /	Edad:	Posee Obra Social:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
D.N.I. <input type="checkbox"/> Pasap. <input type="checkbox"/> Otros. <input type="checkbox"/> N° _____			

### ANTECEDENTES

F.U.M.:    /    /		Paridad (N° de gestas en total):	
Menopausia:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Terapia Hormonal de Reemplazo (THR):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Método Anticonceptivo:</b>		Embarazo Actual:	
Hormonal <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> .....		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Cirugías Previas:</b>		Tratamiento Radiante:	
Histerectomía <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> Cono <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Causa o Lesión: .....		Quimioterapia:	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

## FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH

TOMA DE PAP	TOMA TEST DE VPH
<b>Tipo de Muestra:</b> Exocervical (C) <input type="checkbox"/> Endocervical (E) <input type="checkbox"/> Exo y Endo Cervical (CE) <input type="checkbox"/> Cúpula Vaginal <input type="checkbox"/>	Fecha muestra:                      /                      / No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
<b>Método Toma Muestra:</b> Espátula <input type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Espátula y Cepillo <input type="checkbox"/>	Convencional <input type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/>
<b>PAP Previo:</b> NO <input type="checkbox"/> (de 1° vez)    SI <input type="checkbox"/> - de 3 años <input type="checkbox"/> + de 3 años <input type="checkbox"/>	
<b>Centro de toma de Muestra:</b>	<b>Firma y nombre del responsable de la toma:</b>

### Para ser completado por el laboratorio de citología

Diagnóstico (SITAM/ Bethesda):	Protocolo N° :
I. Calidad de la muestra ----- II. Células escamosas ----- III. Células glandulares -----	IV. Otros hallazgos ----- V. Flora ----- VI. Sugerencias -----



## TROQUEL QUE ACOMPAÑA A LA MUESTRA DE TEST DE VPH PARA ENVÍO LABORATORIO

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ N° Ficha/ Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N° de Documento: \_\_\_\_\_