FICHA DE SOLICITUD DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA (PAP)

DATOS PERSONALES

FECHA: / /

Apellido y Nombre:

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

Tel propio: Cod. de área (|__|__|__|__|__|) N° |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tel opcional: Cod. de área (|__|__|__|__|__|) N° |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fecha de Nacimiento: / /

Edad:

Género: Mujer Cis ☐ Varón trans ☐ No binarie ☐ Otro ☐ .....

Domicilio:

Barrio: | Localidad: Provincia:

Obra Social: SI ☐ NO ☐ | Mail (opcional): .....

ANTECEDENTES

F.U.M.: / /

Paridad (N° de gestas en total):

Método Anticonceptivo:

ACO ☐ Implante ☐ Diu ☐ Barrera ☐

Otros ☐ .....

Terapia Hormonal de Reemplazo (THR): SI ☐ NO ☐

Gesta Actual: SI ☐ NO ☐

Cirugías Previas:

Histerectomía total ☐ Histerectomía subtotal ☐

Leep ☐ Cono ☐

Causa o Lesión .....

Tratamiento Oncológico:

Tratamiento Radiente: SI ☐ NO ☐

Quimioterapia: SI ☐ NO ☐

Otro ☐ .....

Instituto Nacional del Cáncer

Ministerio de Salud Argentina

FICHA DE SOLICITUD DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA (PAP)

TOMA DE MUESTRA

PAP de Tamizaje ☐ PAP de Seguimiento ☐ PAP de Triaje ☐

Tipo de Muestra: Exocervical (C) ☐ Endocervical (E) ☐ Cúpula Vaginal ☐

Método Toma Muestra: Espátula ☐ Cepillo ☐ Hisopo ☐ Sin datos ☐

TAMIZAJE ANTERIOR

PAP Previo: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Resultado .....

Test VPH Previo: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Resultado .....

Centro de Toma de Muestra:

Responsable de la Toma (Nombre y Apellido, N° de Matrícula, DNI)

Firma y Sello:

LABORATORIO DE CITOLOGÍA

FECHA: / /

Diagnóstico (SITAM / Bethesda):

I. Calidad de la muestra: .....

II. Células escamosas: .....

III. Células glandulares: .....

IV. Otros hallazgos: .....

V. Flora: .....

VI. Sugerencias: .....

PROTOCOLO N°:

Responsable del Diagnóstico (firma y sello y/o aclaración):

Instituto Nacional del Cáncer

Ministerio de Salud Argentina