



FOLIO:



Laboratorio Estatal de Salud Pública

Solicitud y reporte de resultados de citología cervical (Cuotas de Recuperación)

1. DATOS DEL PACIENTE.

Nombre:

Domicilio:

Teléfono:

Edad: A M No. de recibo de pago:

Cobro:

PESOS 00/100 M.N.

2. ANTECEDENTES

2.1. Citología:

 Primera vez, se ignora o más de tres años. Subsecuente.

2.2. Situación ginecoobstétrica:

<input type="checkbox"/> Puerperio o postaborto.	<input type="checkbox"/> DIU.	<input type="checkbox"/> Embarazo actual.
<input type="checkbox"/> Postmenopausia.	<input type="checkbox"/> Histerectomía.	<input type="checkbox"/> Ninguno.
<input type="checkbox"/> Uso de hormonales.	<input type="checkbox"/> Tratamientos ginecoobstétricos.	

2.3. Fecha de última regla.

2.4. A la exploración se observa:

<input type="checkbox"/> Cuello aparentemente sano.	<input type="checkbox"/> Cervicitis.	<input type="checkbox"/> No se observa cuello.
<input type="checkbox"/> Cuello anormal.	<input type="checkbox"/> Leucorrea.	
<input type="checkbox"/> Erosión del cuello.	<input type="checkbox"/> Sangre anormal.	

2.5. Responsable de la toma de muestra citológica:

2.6. Fecha de toma de muestra:

2.7. Fecha de interpretación:

DE DEL No. CR:

2.8. Factores de riesgo:

<input type="checkbox"/> Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.	<input type="checkbox"/> Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
<input type="checkbox"/> Múltiples parejas sexuales.	<input type="checkbox"/> Tabaquismo.

(USO EXCLUSIVO DEL LESPH)

CLASIFICACION SISTEMA BETHESDA 2001.

Calidad de la muestra.

Adecuada.	<input type="checkbox"/> Presencia del componente de la zona de transformación.
	<input type="checkbox"/> ausencia del componente de la zona de transformación.
Inadecuada.	<input type="checkbox"/>

Categorización general.

a) Negativo para lesión intraepitelial y/o malignidad.

<input type="checkbox"/> Epitelio Normal.	<input type="checkbox"/> Tricomonas.	<input type="checkbox"/> Atrofia.
<input type="checkbox"/> Negativo con proceso inflamatorio.	<input type="checkbox"/> Bacterias.	<input type="checkbox"/> Radiación.
<input type="checkbox"/> Imagen del virus del Herpes.	<input type="checkbox"/> Hongos.	

b) Anormalidades en células epiteliales.

<input type="checkbox"/> ASC-US.	<input type="checkbox"/> Lesión intraepitelial de alto grado.	<input type="checkbox"/> AGC Atípicas.
<input type="checkbox"/> Lesión intraepitelial de bajo grado.	NIC 2 _____ NIC 3 _____	<input type="checkbox"/> AGC Favor neoplasia.
MPH _____ NIC 1 _____	<input type="checkbox"/> Cancer in situ.	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma.
<input type="checkbox"/> ASC-H.	<input type="checkbox"/> Cancer invasor.	<input type="checkbox"/> Maligno no especificado.

Interpretación o resultado:

Observaciones:

Nombre y Firma del Citotecnólogo:

RFC:

Nombre y Firma del Patólogo Responsable:

RFC:

LAS CUOTAS ESTAN SUJETAS A CAMBIOS SIN PREVIO AVISO

AYOUF-003