

FICHA DE SOLICITUD DE TAMIZAJE PAP/ TEST DE VPH

TOMA DE PAP	TOMA TEST DE VPH
Tipo de Muestra: 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"/> Convencional <input type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/>
Método Toma Muestra: Espátula <input type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Espátula y Cepillo <input type="checkbox"/>	Test Previo: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Fecha: / / Resultado _____
PAP Previo: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Fecha: / / Resultado _____	Firma y nombre del responsable de la toma:
Centro de toma de Muestra: 	

Para ser completado por el laboratorio de citología

Diagnóstico (SITAM/ Bethesda):

I. Calidad de la muestra -----
 II. Células escamosas -----
 III. Células glandulares -----

IV. Otros hallazgos -----
 V. Flora -----
 VI. Sugerencias -----

Protocolo N° :



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

Apellido y Nombre _____

N° Ficha/ Historia Clínica: _____

N° de Documento: _____