

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"/>
Método Anticonceptivo:		Embarazo Actual:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Hormonal <input type="checkbox"/> Barrera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Tratamiento Radiante:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cirugías Previas:		Quimioterapia:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Histerectomía <input type="checkbox"/> LEEP <input type="checkbox"/> Cono <input type="checkbox"/>			
Causa o Lesión:			



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"/>
Método Toma Muestra: Espátula <input type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Espátula y Cepillo <input type="checkbox"/>	Convencional <input type="checkbox"/> Autotoma <input type="checkbox"/>
PAP Previo: NO <input type="checkbox"/> (de 1° vez) SI <input type="checkbox"/> - de 3 años <input type="checkbox"/> + de 3 años <input type="checkbox"/>	
Centro de toma de Muestra:	Firma y nombre del responsable de la toma:

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: _____