

FICHA DE SOLICITUD DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA (PAP)

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

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

Teléfono: Cód. de área ()
N°:

Fecha de Nacimiento: / /

Edad:

Domicilio:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Posee Obra Social SI NO

ANTECEDENTES

F.U.M.: / /

Paridad (N° de gestas en total):

Menopausia: SI NO

Terapia Hormonal de Reemplazo (THR): SI NO

Método Anticonceptivo:

Hormonal Barrera DIU Otros

Embarazo Actual: SI NO

Cirugías Previas:

Histerectomía LEEP Cono

Tratamiento Radiante: SI NO

Causa o Lesión:

Quimioterapia: SI NO

FICHA DE SOLICITUD DE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA (PAP)

TOMA DE MUESTRA

Test de VPH: SI NO
PAP de Tamizaje PAP de Seguimiento

Fecha Muestra / /

Tipo de Muestra:
Exocervical (C) Endocervical (E)
Exo y Endo Cervical (CE) Cúpula Vaginal

Método Toma Muestra:
Espátula Cepillo Espátula y Cepillo
Hisopo Líquido Sin Datos

TAMIZAJE ANTERIOR

PAP Previo: NO SI
Fecha: / /
Resultado _____

Test Previo: NO SI
Fecha: / /
Resultado _____

Centro de Toma de Muestra:

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

Firma y Sello:

LABORATORIO DE CITOLOGÍA

Diagnóstico (SITAM / Bethesda):

I. Calidad de la muestra: _____
II. Células escamosas: _____
III. Células glandulares: _____
IV. Otros hallazgos: _____
V. Flora: _____
VI. Sugerencias: _____

PROCOLO N°: