

## Pracownia Histopatologii AM we Wrocławiu

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## KARTA BADANIA CYTOLOGICZNEGO SZYJKI MACICY NR .....

Nazwisko i imię ..... O.M. ....

Adres .....

Rozpoznanie kliniczne.....

Pieczeń i podpis osoby pobierającej materiał .....

## OCENA ROZMAZU CYTOLOGICZNEGO

<p><b>A. OCENA TECHNICZNA ROZMAZU</b></p> <p><b>A1.</b> Rozmaz odpowiedni do oceny</p> <p><b>A2.</b> Rozmaz odpowiedni do oceny warunkowo:</p> <p>a) podsuszony</p> <p>b) ubogo komórkowy</p> <p>c) niezbyt czytelny z powodu licznych komórek zapalnych</p> <p>d) niezbyt czytelny z powodu licznych erytrocytów</p> <p>e) brak komórek z kanału szyjki</p> <p>f) znaczna cytoliza lub autoliza</p> <p>g) zawiera substancje zewnątrzpochodne</p> <p><b>A3.</b> Rozmaz nie nadaje się do oceny cytologicznej</p> <p>a) zbyt ubogo komórkowy</p> <p>b) wysuszony przed utrwaleniem</p> <p>c) źle utrwalony</p> <p>d) nieczytelny z powodu licznych komórek zapalnych</p> <p>e) nieczytelny z powodu licznych erytrocytów</p> <p>f) nieczytelny z innych powodów</p> <p><b>B. OCENA CYTOLOGICZNA ROZMAZU</b></p> <p><b>B1.</b> Zmian cytoonkologicznych nie stwierdzono</p> <p><b>B2.</b> Obraz cytologiczny nieprawidłowy</p> <p><b>C. INTERPRETACJA / WYNIK</b></p> <p><b>C1.</b> Nie stwierdza się cech śródnabłonkowej neoplazji ani raka</p> <p>1. Czynniki infekcyjne</p> <p>a) infekcja Trichomonas Vag</p> <p>b) infekcja grzybiczna odpowiadająca Candida sp..</p> <p>c) infekcja o cechach bakterii vaginosis</p> <p>d) niespecyficzna infekcja bakteryjna</p> <p>e) infekcja bakteryjna o cechach Actinomyces</p> <p>f) zmiany w komórkach odpowiadających infekcji Wirusem HSV</p> <p>g) zmiana flory bakteryjnej</p> <p>h) zmiany komórkowe odpowiadające Chlamydia T.</p> <p>i) Wykładniki infekcji HPV</p>	<p>2. Inne zmiany nienowotworowe (odczynowe i naprawcze zmiany odczynowe związane z:</p> <p>a) zapaleniem (łącznie z typową regeneracją)</p> <p>b) atrofią</p> <p>c) atrofia z zapaleniem</p> <p>d) napromieniowaniem – radioterapią</p> <p>e) odpowiedzią na ciało obce (IUD)</p> <p><b>C2.</b> Inne zmiany</p> <p>Obecność komórek gruczolowych u kobiet po wycięciu macicy</p> <p>Obecność komórek endometrialnych u kobiet powyżej 40 r.ż.</p> <p><b>C3.</b> Obecność nieprawidłowych komórek komórkowych nabłonkowych</p> <p>Nieprawidłowość komórek nabłonkowych</p> <p>Komórki nabłonka płaskiego</p> <p>1. Nieprawidłowe komórki nabłonka płaskiego (ASC)</p> <p>a) nieokreślonego znaczenia ASC – US</p> <p>b) nie można wykluczyć HSIL – ASC – H</p> <p>c) LSIL</p> <p>d) HSIL</p> <p>e) rak płaskonabłonkowy</p> <p>Komórki nabłonka gruczolowego</p> <p>2. Nieprawidłowe komórki nabłonka gruczolowego (AGC)</p> <p>a) kanału szyjki (endocerykwalne)</p> <p>b) endometrioidalne</p> <p>c) nieokreślone</p> <p>Nieprawidłowe komórki gruczolowe, prawdopodobnie nowotworowe</p> <p>a) endocerykwalne</p> <p>b) endometrioidalne</p> <p>Gruczolakorak adenocarcinoma endocervicale in situ (AIS)</p> <p>Gruczolakorak adenocarcinoma</p> <p>a) kanału szyjki</p> <p>b) endometrioidalny</p> <p>c) pozamaciczny</p> <p>d) inny</p> <p><b>C4. ZALECENIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) powtórzyć wymaz cytologiczny</p> <p><input type="checkbox"/> za ..... miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> po leczeniu przeciwzapalnym</p> <p><input type="checkbox"/> <b>b) wykonać test estrogenny</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>c) inne</b> .....</p>
--	---

Uwagi .....

Wynik badania wg Papanicolau: .....

Wynik badania wg systemu Bethesda 2001: .....

Data wykonania oceny rozmazu .....

Podpis i pieczęć Cytologa .....