

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

No. Folio: _____

I. Identificación de la unidad

1. Institución _____	2. Entidad / Delegación _____	3. Jurisdicción _____
4. Municipio _____	4.1 Localidad _____	5. Unidad médica _____
		6. CLUES _____

II. Identificación de la paciente

7. Nombre _____		Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____		Nombre (s) _____	
8. Entidad de nacimiento _____						9. Fecha de nacimiento	
						Día _____	Año _____
						DD _____	MM _____
10. Edad _____		11. CURP _____					
12. Residencia habitual _____							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad/Municipio _____			
C.P. _____		Entidad Federativa _____		Jurisdicción _____		Teléfono _____	
13. Otro domicilio _____							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad/Municipio _____			
14. Otro teléfono _____				15. Correo electrónico _____			
16. Afiliación <input type="checkbox"/> 0. Ninguna 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEDENA 4. SEMAR 6. IMSS-BIENESTAR 7. PEMEX 8. Estatal 9. Municipal 10. Privada 11. CNPSS 12. Otra 97. No aplica 98. Se ignora 99. No especificado							
16.1 No. de afiliación o póliza _____							

17. Citología <input type="checkbox"/> 1. Primera vez en la vida 2. Primera vez después de 3 años 3. Subsecuente 4. Complementaria a resultado positivo de VPH			
18. Situación Ginecoobstétrica <input type="checkbox"/>			
1. Puerperio o Postaborto 2. Postmenopausia 3. Uso hormonales 4. DIU 5. Histerectomía 6. Tratamiento farmacológico 7. Embarazo actual 8. Tratamiento colposcópico previo 9. Ninguno de los anteriores			
19. Inicio de vida sexual <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No		19.1 Edad _____ años	
20.2 No. de dosis <input type="checkbox"/> 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Completo		21. Fecha de última regla	
		Día _____	Año _____
		DD _____	MM _____
22. A la exploración se observa <input type="checkbox"/> 1. Cuello aparentemente sano 2. Cuello anormal 3. Lesión del cuello 4. Cervicitis 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observa cuello			
23. Objeto de extracción de muestra <input type="checkbox"/> 1. Espátula de Ayre modificada 2. Citobrush 3. Hisopo 4. Otro especifique _____			
24. Responsable de citología (RFC) _____			
25. Fecha de toma de la muestra			
Día _____ Mes _____ Año _____			
DD _____ MM _____ AAAA _____			
26. Factores de riesgo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años 2. Múltiples parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno			
27. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No			
28. Muestra repetida <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No			
28.1 Número citológico anterior _____			

IV. Resultado de citología cervical

29. Fecha de interpretación		30. Número citológico _____		31. Laboratorio _____	
Día _____ Mes _____ Año _____					
DD _____ MM _____ AAAA _____					
32. Características de la muestra <input type="checkbox"/> 1. Adecuada 2. Inadecuada		33. Diagnóstico citológico <input type="checkbox"/>		33.1 Otros hallazgos <input type="checkbox"/>	
A. Categoría general del diagnóstico citológico (BETHESDA)					
1. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad		intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)		7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)	
2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)		4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado		8. Células glandulares endometriales atípicas (AGC)	
3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión		5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado		9. Células glandulares atípicas (AGC)	
		6. Carcinoma epidermoide		10. Adenocarcinoma endocervical in situ	
B. Otros hallazgos					
1. Trichomonas vaginalis		actinomyces sp		9. Inflamación (No incluye reparación atípica)	
2. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con candida sp		5. Cambios celulares compatibles con virus herpes simple		10. Atrofia	
3. Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana		6. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus		11. Radioterapia	
4. Micro-organismos morfológicamente compatibles con		7. Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos		12. Dispositivo intrauterino	
		8. Cambios asociados al embarazo		13. Células glandulares post- histerectomía	
34. Repetir estudio <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No		34.1 Motivo <input type="checkbox"/>		1. Artificios, hemorragia, inflamación y/o necrosis en más del 75% extendido 2. Laminilla rota 3. Frotis grueso 4. Muestra mal fijada	
				5. Otros. Especifique _____	
35. RFC del citotecnólogo (a) _____					
36. La muestra fue revisada por el patólogo (a) <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No		36.1 Diagnóstico del patólogo (a) (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 A) _____			
36.2 Interpretación del patólogo (a) otros hallazgos (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 B) _____					
37. Cédula profesional del patólogo (a) _____					