

SOLICITUD Y REPORTE DETECCIÓN DE VPH - AR

No. Folio: _____

I. Identificación de la unidad

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

Código de barras

II. Identificación del paciente

7. Nombre _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____
8. Entidad de nacimiento _____ 9. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____
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 ☐ 0. Ninguna 1. IMSS 2. ISSSTE 3. SEDENA 4. SEMAR 6. IMSS-PROSPERA 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 _____

III. Biología molecular para la detección del virus de papiloma humano

IIIa. Jurisdicción

17. Tipo de prueba ☐ 1. Captura de híbridos 2. PCR 3. Prueba rápida 18. Visita ☐ 1. 1ra. vez 2. Subsecuente 3. 1ra. vez después de 5 años
19. Fecha de estudio anterior Día _____ Mes _____ Año _____
20. Fecha de toma Día _____ Mes _____ Año _____
21. Motivo de detección ☐ 11. Invitación organizada 14. VPH positivo previo
12. Derivada por personal de salud 15. ASCUS o LEI (Lesión precursora)
13. Espontánea (de la mujer) 16. Control de Cáncer
22. Muestra para envío al laboratorio ☐ 1. Adecuada 2. Inadecuada Especifique _____ 23. RFC del tomador de la muestra _____

IIIb. Laboratorio

24. Muestra adecuada para análisis ☐ 1. Adecuada 2. Inadecuada 25. Resultado ☐ 1. Negativo 2. Positivo 3. Inválida por nula presencia de BETA-GLOBINA
26. Genotipificación PCR ☐ 1. Genotipo 16 2. Genotipo 18 3. Pool de alto riesgo 4. Genotipo 16 + pool 5. Genotipo 18 + pool 6. Genotipo 16, 18 + pool 7. Genotipo 16 y 18
27. Fecha de análisis Día _____ Mes _____ Año _____ 28. Fecha de envío de resultado al SICAM Día _____ Mes _____ Año _____

IV. Citología complementaria

29. Tipo de citología ☐ 1. Citología base líquida 1. Citología convencional (PAP)
30. Características de la muestra ☐ 1. Adecuada para evaluación 2. Inadecuada para evaluación y rechazada 3. Procesada pero insatisfactoria para evaluación
30.1 Especificar _____
31. Diagnóstico citológico ☐ 32. Otros hallazgos citológicos ☐ 33. RFC del citotecnólogo _____
34. La muestra fue revisada por el patólogo ☐ 1. Si 2. No 35. Diagnóstico del patólogo ☐ 36. Otros hallazgos ☐
37. Cédula profesional del patólogo _____ 38. Fecha de interpretación de CBL Día _____ Mes _____ Año _____
A. Categoría general del diagnóstico citológico (BETHESDA)
1. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad
2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
6. Carcinoma epidermoide
B. Otros hallazgos
1. Trichomonas vaginalis
2. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con candida sp
3. Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana
4. Micro- organismos morfológicamente compatibles con actinomyces sp
5. Cambios celulares compatibles con virus herpes simple
6. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus
7. Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos
7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)
8. Células glandulares endometriales atípicas (AGC)
9. Células glandulares atípicas (AGC)
10. Adenocarcinoma endocervical in situ
11. Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)
8. Cambios asociados al embarazo
9. Inflamación (No incluye reparación atípica)
10. Atrofia
11. Radioterapia
12. Dispositivo intrauterino
13. Células glandulares post- histerectomía
14. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años o más