

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO Á COLPOSCOPIA - 2021**

- Município Solicitante: _____
- Equipe Solicitante: _____
- Nome da paciente: _____
- Nome da mãe da paciente: _____
- Cartão SUS: _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Data do Encaminhamento: ____/____/____

1. Tempo aproximado de evolução da condição verificada

- < 06 meses entre 06 m e 01 ano > 01 ano >02 anos

2. Breve Histórico (exames, procedimentos e tratamentos realizados anteriormente):

- 2.1 Exames citopatológicos alterados Sim Não
- 2.2 Colposcopias por citologias positivas Sim Não
- 2.3 Biópsias do colo? Sim Não
- 2.4 Tratamento para lesões precancerosas do colo? Sim Não

3. Motivo do Encaminhamento:

- 3.1 Exame Citopatológico com Anormalidades em Células epiteliais escamosas ou glandulares
- 3.2 Pacientes com suspeita clínica de carcinoma invasor
- 3.3 Acompanhamento pós tratamento através da EZT

4. Descrição das alterações encontradas no exame especular:

- Vulva sem alterações Vulva com alterações (condilomas, ulcerações, manchas, pápulas, etc...)
- Colo sem alterações macroscópicas Colo com alterações macroscópicas/erosão/sangrante

5. Descrição das alterações do exame citopatológico:

- Anormalidades em células escamosas _____ (vide protocolo 1.1.1)
- Anormalidades em células glandulares _____ (vide protocolo 1.1.7)
- Insatisfatória (hemorrágico) (vide protocolo 1.2)
- Satisfatória sem anormalidades - controle pós tratamento (vide protocolo 1.3)

6. Comorbidades associadas

- Diabetes Hipertensão Convivendo com HIV Imunosupressão Uso de anticoagulante

7. Tratamentos realizados anteriormente

- Cauterização química (Ácido Tricloroacético - ATA) Eletrocauterização/Criocauterização
- Exérese da Zona de transformação (EZT) /Cirurgia de alta frequência (CAF) /Conização
- Histerectomia Outros _____ Não se aplica

8. Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento

- Teste para HIV positivo Outros _____ Não se aplica



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SES
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SEAS
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - SAP
GERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER - GEASM**

Nome legível do (a) Enfermeiro(a) da Unidade: _____

Assinatura e carimbo do Enfermeiro(a) da Unidade: _____

Nome legível do (a) Médico(a) da Unidade: _____

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) da Unidade: _____

Contato com a unidade solicitante: _____

Telefone: _____

e-mail: _____