



Průvodka k cytologickému vyšetření

Cytologická laboratoř, Poliklinika Anděl s.r.o.

Hvězdova 1073/33, 140 00 Praha 4, tel +420 261224752-4, IČO 27381200

JMÉNO:						KONTAKT:		POJIŠŤOVNA		Č. POJIŠTĚNCE/datum narození u cizinců/ pohlaví O Ž O M		
IUD	GEST	HAK	HRT	Lakt.	Grav.	Datum odběru				Razítka odesílajícího lékaře.		
St.p konizaci		Stp. hysterect.		Stp. chemo, actino		OZNAČENÍ SKLA						
Očkování proti HPV: CERVARIX-SILGARD-GARDASIL9				NE-ANO: Aplikace 3. dávky 20_		PM		Klinická diagnóza				
Typ primárního materiálu O CERVIX O VAGINA O VULVA O ENDOMETR.						Označte typ stěru: PREVENCE – KONTROLA – OPAK.PRO ODMÍTNUTÍ						

Hodnocení dle Bethesda 2014 ve formátu doporučeném MZ ČR:

STĚR O1. Uspokojivý O 2. Uspokojivý, ale bez endoc.bb nízká celularita O 3. Neuspokojivý, ale zpracován nadbytek krve, zánětu, leu O 4. Odmítnut ke zpracování zhmožděný materiál			ZÁVĚR O 0. Nelze diagnostikovat O 1. NILM (Bez neopl. intraepit.změn a malignity)			KOMENTÁŘ GYNEKOLOGA		
NILM INFEKCE O 4. Döderlein O 8. Chlamydie O 1. Trichomonas O 5. Koky O 9. Smíšená flóra O 2. Candida O 6. Aktinomykóza O 10. Jiné O 3. Bakteriální vaginóza O 7. Herpes simplex O 11. Cytomegalovirus			<u>Dlaždicové abnormality</u> O 2. ASC-US O 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) O 4. LSIL (včetně HPV) O 5. HSIL O 6. HSIL nelze vyloučit invazi O 7. Dlaždicobuněčný karcinom					
REAKTIVNÍ ZMĚNY spojené se O 1. Zánětem O 2. Folikulární cerv. O 3. Ozářením O 4. IUD			<u>Žlázové abnormality</u> O 8. Atypie žlázových buněk /nespecifikováno) O 9. Atypie žlázových buněk (spíše neoplastické) O 10. Adenokarcinom in situ O 11. Adenokarcinom invazivní O 12. Ostatní maligní nádory O 13. Jiné			DOPORUČENÍ LABORATOŘE _____		
NENÁDOROVÉ ZMĚNY O 1. Dlaždicová metaplazie O 2. Hyperkeratóza, parakeratóza O 3. Tubární metaplazie			O 4. Atrofie O 5. Změny spojené s těhotenstvím O 6. Žlázové bb po hysterektomii O 7. Jiné (end.bb u žen nad 45 let)					

Přijal:
Datum:

Barvil:
Datum

Zápis do lis

F-01,v3