

UF

CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Nº Protocolo _____
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Apelido da Mulher

CPF

Nacionalidade

Data de Nascimento*

Idade

Raça/cor

 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do Município

Município

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*

- Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

- Sim Não Não sabe

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

- Sim. Quando fez o último exame?

ano

- Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

- Não sabe / Não lembra

3. Usa DIU?*

- Sim Não Não sabe

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

- Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

4. Está grávida?*

- Sim Não Não sabe

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

- Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

5. Usa pílula anticoncepcional?*

- Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*

- Sim Não Não sabe

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*

- Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

- Sim
 Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta*

Responsável*

