[**Formular FS1**](https://lege5.ro/Gratuit/gmytombxgm/normele-metodologice-pentru-realizarea-si-raportarea-activitatilor-specifice-in-cadrul-subprogramului-de-screening-pentru-depistarea-precoce-activa-a-cancerului-de-col-uterin-din-05062012?pid=61237494#p-61237494)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | **Secțiunea 1 (se completează la nivelul Centrului de Informare şi Consiliere a Femeilor)** |
|  | Serie formular ................................... | CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
|  | Nume ............................................... | Prenume ............................................... |
|  | Adresa: județ .................................... | localitate ............................................... |
|  | Strada ………………………………………..… | Nr………..Bl………………..sc………….Ap………….. |
|  | Telefon………………………… | Email………………………………………………….. |
|  | Medic de familie ………………………. |
|  | Centru de informare (nume, adresa, telefon, email) : ……………................................................................................ | …............................................................. |
|  | Antecedente personale (bifați în căsuțele corespunzătoare) |  |  |
|  | Absența congenitală a colului uterin |\_| | Histerectomie totală pentru | |\_| afecțiune benignă | |\_| afecțiune malignă |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Data completării datelor în sistemul informatic / înmânării formularului………………………**  |
|  | **Secțiunea 2 (se completează la nivelul Centrului de recoltare)** |
|  | Centru recoltare .......................................................... | Recoltor .......................................................... |
|  | Data recoltării ........../........ /........... |  | Data ultimei menstruații ........../........ /........... |
|  | Status postvaccinare | |\_| HPV |  |  |
|  | Status hormonal: | |\_|Tratament hormonal | Status post-terapeutic pentru alt cancer decât cel cervical: | |\_| postradioterapie |
|  | |\_|Contraceptie | |\_| postchimioterapie |
|  | |\_| Ciclică |  |  |
|  | |\_| Sarcină | Purtătoare de IUD |\_| |  |
|  | |\_| Menopauză | Leucoree |\_| |  |
|  | |\_| Lăuzie (12 sapt.) | Sângerări: | |\_| la contact |  |
|  | |\_| Alăptare | |\_| spontane |  |
|  | Aspectul colului: | |\_| cu leziuni vizibile | în antecedente: | |\_| cauterizări ale colului | Originea eșantionului: |\_| cervicală |
|  |  | |\_| fără leziuni vizibile |  | |\_| biopsii de col (diagnostic/descriere ...............................) |
|  | |\_| Citologie |\_| convențională |\_| în mediul lichid |  |
|  | |\_| HPV |\_| HC2 |\_|Care HPV |\_|PCR  |  |\_| Autorecoltare |
|  | Cod identificare probă…………………………………… |  |

|  |
| --- |
| **Secțiunea 3 A – Test HPV (se completează la nivelul laboratorului de analize medicale)** |
| Laborator ............................................ |
| Medic de specialitate anatomie-patologică care certifică rezultatele pozitive .............................................. |
|  | Numărul probei HPV………………. | Data primirii probei ........../......... /................. | Data interpretării .........../......... /.................. |
|  | Echipament citire |  |
|  | Rezultat HPV |  |\_| HPV-HR (16,18,26,31,33,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,73,82) |
|  |  |\_| HPV- LR (6,11,40,42,43,44,54,55,61,62,67,69,70,71,72,81,84) |
|  |  |\_| HPV-NA (alte tipuri HPV)  |
|  |  |\_| Negativ |
|  | Echipament :  |
|  |  Metoda:  |
|  | Tehnician / asistent:  |
|  | Recomandări | |\_| triaj BPN |
|  | |\_| repetare HPV în 3 luni  |
|  | |\_| repetare HPV în 5 ani |
|  | Observații |
|  | Data eliberării rezultatului ...................................................  |
|  | Semnătura și, după caz, parafa persoanei care supraveghează rezultatul pozitiv/recomandările de referire pentru triaj/evaluare: | |\_| medic de specialitate anatomie-patologică |
|  | |\_| medic de specialitate medicină de laborator |
|  | |\_| biolog |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Secțiunea 3 B - Test BabeşPapanicolaou (se completează la nivelul laboratorului de analize medicale)** |
|  | Laborator ............................................ |
|  | Personalul medical care efectuează citirea: medic de specialitate: | anatomie-patoloqică ........................................ |
|  | medicina de laborator .............................................................. |
|  | biolog .................................................................. |
|  | Medic de specialitate anatomie-patologică care certifică rezultatele pozitive .............................................. |
|  | Numărul lamei / Cod identificare............................ | Data primirii lamei ........../......... /................. | Data interpretării .........../......... /.................. |
|  | Calitatea frotiului: | |\_| satisfăcător pentru evaluarea celulelor endocervicale: |\_| prezente |\_| absente |
|  | |\_| nesatisfăcator pentru evaluare: | |\_| lamă neidentificată | frotiu cu: | |\_| exces de hematii |
|  | |\_| lamă cu fixare deficitară | |\_| exces de leucocite |
|  | |\_| lamă cu etalare defectuoasă | |\_| alte substanțe străine |
|  | |\_| altele ............................ | |\_| altele |
|  | Descrierea frotiului |
|  | |\_| Infecții | |\_| Trichomonas | Modificări celulare nonneoplazice: | |\_| inflamatorii |
|  | |\_| Candida | |\_| post – radioterapie /chimioterapie |
|  | |\_| Gardnerella vaginalis | |\_| la purtătoare sterilet |
|  | |\_| Actinomyces | |\_|celule endometriale la femei > 40 de ani |
|  | |\_| Virusuri Herpes simplex | |\_| celule glandulare post-histerectomie |
|  | |\_| Altele | |\_| atrofie |
|  |  |  | |\_|Altele |
|  | |\_| Anomalii ale celulelor epiteliale scuamoase | |\_| Anomalii ale celulelor epiteliale glandulare |
|  |  | |\_| ASC-US | |\_| AGC endocervicale NOS |
|  |  | |\_| ASC-H | |\_| AGC endometriale NOS |
|  |  | |\_| LSIL |\_| LSIL cu atipii HPV | |\_| AGC NOS |
|  |  | |\_| HSIL |\_| HSIL cu suspiciune de invazie | |\_| AGC endocervicale în favoarea neoplaziei |
|  |  | |\_| carcinom scuamos | |\_| AGC glandulare în favoarea neoplaziei |
|  |  | |\_| Adenocarcinom *in situ* |
|  |  |  \_| Adenocarcinom | |\_| endocervical | |\_| NOS |
|  |  | |\_| endometrial | |\_| extrauterin |
|  |  | |\_| Alte neoplazii ........................................... |
|  | **Rezultat final**: | |\_| **Negativ pentru leziuni intraepiteliale sau maligne** |
|  | |\_| **Pozitiv** ................................................................... (se precizează tipul leziunii) |
|  | **Recomandări:** | |\_| repetare: | |\_| deficiență de recoltare | |\_| după tratament antiinfecțios |
|  |  | |\_| conform protocolului în cazul rezultatului pozitiv |
|  |  | |\_| biopsie | |\_| chiuretaj endometrial | |\_| testare HPV |
|  |  | |\_| colposcopie | |\_| chiuretaj endocervical |  |
|  |  | |\_| repetare de rutină dacă leziunea este negativă |
|  | Observații…………………………….. |
|  | Data eliberării rezultatului ................................................... |
|  | Semnătura și, după caz, parafa persoanei care efectuează citirea: | |\_| medic de specialitate anatomie-patologică |
|  | |\_| medic de specialitate medicină de laborator |
|  | |\_| biolog |
|  | Semnătura și parafa medicului de specialitate anatomie-patologică în cazul unui rezultat final pozitiv ........................... |

|  |  |
| --- | --- |
| Validare formular |  |

*Secțiunile 1-3 se completează pentru femeile 24-64 ani, indiferent de statutul de asigurat la momentul prestării servicului ; se decontează pe baza costurilor unitare*

*In cazul femeilor 30-64 ani se decontează secțiunea 3A testul HPV, urmat conform protocoalelor de secțiunea 3A - testarea BP sadN în regim de triaj*

*In cazul femeilor 24-29 ani se decontează secțiunea 3B testul BPN, urmat conform protocoalelor de secțiunea 3B - testarea HPV în regim de triaj*