[**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*