

Kohdunkaulasyövän seulontalomake

| | | | | |
|--|---|--|--------------------------|-----------------------|
| 1. Sukunimi ja etunimet | | 5. Kutsun vuosi | 6. Kutsukunta | 7. Näytenumero |
| 2. Henkilötunnus | 3. Äidinkieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Muu _____ <input type="checkbox"/> Ruotsi | 8. Kutsun syy <input type="checkbox"/> Ikäryhmä Riskiryhmä: <input type="checkbox"/> Oire <input type="checkbox"/> Sytologia <input type="checkbox"/> HPV | | 9. Satunnaistustunnus |
| 4. Osoite | | 10. Näytteenottopäivä ____/____ 20____ | 11. Näytteenottajanumero | 12. Laboratorio |
| 13. Esitiedot Viimeisimmät kuukautiset alkaneet _____/____ 20____ <input type="checkbox"/> Kuukautiset loppuneet (menopausi) vuonna _____ <input type="checkbox"/> Raskaana, _____ vkoa <input type="checkbox"/> Imettä <input type="checkbox"/> Hormonikorvaushoito <input type="checkbox"/> Ehkäisytabletit <input type="checkbox"/> Kierukka <input type="checkbox"/> Hormonikierukka <input type="checkbox"/> Muu hormoniehkäisy <input type="checkbox"/> Jatkuvaa häiritsevää valkovuotoa <input type="checkbox"/> Veretävää valkovuotoa <input type="checkbox"/> Verenvuotoa yhdynnän yhteydessä <input type="checkbox"/> Epäsäännöllistä, täysin kuukautisista riippumatonta verenvuotoa (välivuotoja) <input type="checkbox"/> Verenvuotoa, vaikka kuukautiset ovat olleet jo vähintään vuoden poissa <input type="checkbox"/> Kohdun kokonaispoisto tehty vuonna _____ <input type="checkbox"/> Kohdun osapoisto tehty vuonna _____ | | | | |
| 14. Aikaisemmat kohdunkaulan solunäytteet <input type="checkbox"/> Ei otettu <input type="checkbox"/> Otettu, lukumäärä _____ viimeisin vuonna _____ missä viimeisin <input type="checkbox"/> joukkotarkastuksessa <input type="checkbox"/> muualla Tulokset _____ | | 15. Aikaisemmat kohdunkaulan solumuutokset ja hoidot Solumuutos: <input type="checkbox"/> Ei todettu <input type="checkbox"/> Todettu, mikä _____ vuonna _____ Hoito: <input type="checkbox"/> Ei hoidettu <input type="checkbox"/> Hoidettu, miten (sähkösilmutka, kryo, laser, veitsi, muu) _____ vuonna _____ | | |
| 16. Sytologinen tutkimus <input type="checkbox"/> Tavallinen <input type="checkbox"/> Automaatioavusteinen (Tarra) Näytteen tulkittavuus <input type="checkbox"/> Riittävä <input type="checkbox"/> Riittävä, lieriösolut puuttuvat <input type="checkbox"/> Tulkinta epävarma, koska... <input type="checkbox"/> Ei tulkittavissa, koska... Yleinen luokitus <input type="checkbox"/> Ei epiteelisoluatypia <input type="checkbox"/> Epiteelisoluatypia <input type="checkbox"/> Muu atypia Papa-luokka 1 2 3 4 5 Levyepiteeliatypia <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> Levyepiteelikarsinooma Lieriöepiteeliatypia <input type="checkbox"/> Endocervixin soluissa <input type="checkbox"/> Endometriumin soluissa <input type="checkbox"/> Alkuperä ei määriteltävissä <input type="checkbox"/> Merkitys epäselvä <input type="checkbox"/> Epäily neoplasiaasta <input type="checkbox"/> Adenokarsinooma Muutoksen sijainti lasilla <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Endocervix Normaalista poikkeavat mikrobit <input type="checkbox"/> BV, clue-soluja <input type="checkbox"/> Sekafloora <input type="checkbox"/> Sieni <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Actinomyces <input type="checkbox"/> Herpes Reaktiiviset muutokset <input type="checkbox"/> Inflammaatio <input type="checkbox"/> Regeneraatio <input type="checkbox"/> Sädetysmuutos <input type="checkbox"/> IUD:n aiheuttama muutos Muut ei-neoplastiset muutokset <input type="checkbox"/> Sytolyysi <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Endometriaalisia soluja 50 ikävuoden jälkeen | | | | |
| Lausunto: _____ _____ _____ | | Lääkäri: _____ Päivämäärä: ____/____ 20____ Esitarkastaja: _____ Päivämäärä: ____/____ 20____ | | |
| 17. HPV-testi <input type="checkbox"/> Negatiivinen Rlu-ratio _____ Päivämäärä ____/____ 20____ <input type="checkbox"/> Positiivinen <input type="checkbox"/> Ei tehty | | | | |
| 18. Suositellaan <input type="checkbox"/> Kolposkopia ja koepalat <input type="checkbox"/> Endocervixnäyte <input type="checkbox"/> Endometriumnäyte <input type="checkbox"/> Uusi näyte hoidon jälkeen <input type="checkbox"/> Uusi näyte paikallisen estrogeenihoidon aikana <input type="checkbox"/> Uusi näyte _____ kk kuluttua <input type="checkbox"/> Lääkärin tutkimusta <input type="checkbox"/> _____ | | 19. Jatkotutkimuslähete Tehty ____/____ 20____ Minne 20. Diagnoosivarmennus Diagnoosipäivä ____/____ 20____ Mistä Diagnoosi: _____ <input type="checkbox"/> Ei koepalaa Hoito: _____ Primaaripaikka <input type="checkbox"/> Kohdunkaula <input type="checkbox"/> Emätin <input type="checkbox"/> Ulkosyntyttimet <input type="checkbox"/> Kohdunrunko <input type="checkbox"/> Muu _____ | | |
| Lisätietoja _____ _____ _____ | | | | |