

โครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

Gynecologic Requisition Form

PAP NO.

ใบส่งตรวจนรีเวชเซลล์วิทยา

Date received.
วันที่รับ

HOSPITAL
โรงพยาบาล/สถานีนามัย/สถานบริการสาธารณสุข

PROVINCE
จังหวัด

NAME
ชื่อ

IDENTIFICATION NO.
 เลขบัตรประชาชน

AGE
อายุ

H.N.
เลขประจำตัวผู้ป่วย

DATE OBTAINED
วันที่ป้ายเสมียร์

ADDRESS โทรศัพท์
ที่อยู่

TYPE OF SPECIMEN Vaginal Cervical Endocervical Endometrial
ชนิดของตัวอย่างที่ป้าย ช่องคลอด ปากมดลูก คอมดลูก เยื่อมดลูก

CLINICAL Dx
การวินิจฉัยโรค

PERTINENT CLINICAL HISTORY
ประวัติที่สำคัญ

Para. Last Yrs LMP
จำนวนการตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย ปี วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย

Previous treatment (Specify) Hormones Radiation IUD Other
ประวัติการรักษา ฮอร์โมน ฉายแสง ใส่ห่วง อื่นๆ

Clinical findings
สิ่งผิดปกติที่ตรวจพบ

ตรวจ PAP SMEAR ครั้งสุดท้าย Date/วันที่ Month/เดือน Year/ปี
Previous Cytological or Surgical Pathology Report Yes No
ผลการตรวจเสมียร์หรือชิ้นเนื้อครั้งก่อน มี ไม่มี
If YES Number Result
ถ้าเคยมี เบอร์ครั้งก่อน ผลการตรวจ

PAP SMEAR PERFORMED BY
ชื่อผู้ทำเสมียร์
 Gynecologist M.D./G.P. Nurse Other
สูตินรีแพทย์ แพทย์สาขาอื่นๆ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ

GYN PAP SMEAR REPORT (The Bethesda System)

ใบรายงานผลการตรวจทางนรีเวชเซลล์วิทยา ตามระบบเบีเทสด้า

ADEQUACY OF SPECIMEN: (1) 001 Satisfactory (2) 002 Satisfactory but limited by..... (3) 003 Unsatisfactory due to.....
[1] no endocervical/transformation zone component [2] scant cellularity [3] smear too thickly spread V1
[4] partially/complete obscuring blood and inflammatory cells. [5] Air drying artifact [6] Poor preparation or improper fixation
[7] No pertinent clinical information [8] Other.....

GENERAL CATEGORIZATION :

100 Within normal limits 101 Other (see descriptive diagnosis) V2
(2or3or4)

DESCRIPTIVE DIAGNOSIS :

200 Benign cellular changes, V3
[1] Infection : (1) 201 T.vaginalis (2) 202 Candida spp. (3) 203 Coccobacilli, shift in vaginal flora
(4) 204 Actinomyces spp. (5) 205 Chlamydia spp. (6) 206 HSV
(7) 207 Protozoa..... (8) 208 Fungus..... (9) 209 Bact..... (10) 210 Virus.....
[2] Reactive cellular changes associated with : (1) 211 Inflammation (2) 212 Atrophy.....
(3) 213 Radiation (4) 214 Follicular cervicitis
(5) 215 Atrophic vaginitis (6) 216 Other

300 Epithelial cells abnormality,

Squamous

(1) 301 Atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS), favor..... V4
(2) 302 Low grade SIL (LSIL)..... V5 (HPV)
(3) 303 High grade SIL (HSIL)..... 1 = Yes
(4) 304 SIL, not otherwise specified..... 2 = No
(5) 305 Squamous cell carcinoma.....

Glandular

(1) 311 Endometrial cells..... V6
(2) 312 Atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS), favor.....
(3) 313 Endocervical cells.....
(4) 314 Adenocarcinoma.....

400 Other malignant neoplasms

(1) 401..... V7

RECOMMENDATION : [1] Repeat smear at 6 months intervals [2] Repeat smear from cervix and endocervix at 6 months
[3] Treatment of inflammation and repeat smear within 3-6 months [4] V8

Cytoscreener/ Cytotechnologist.....

Pathologist

(Signature)..... Date Reported.....

Lab Office.....