



**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PRELEVATORE**

|                                |                         |                                  |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognome _____                  |                         | Cod Fisc                         | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |                         |                                  |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome _____                     |                         |                                  |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data di nascita _____          | Medico curante _____    |                                  |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indirizzo _____                |                         | N° Prelievo _____                |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Città _____                    |                         | Data Prelievo _____              |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tel _____                      |                         | Centro Prelievo _____            |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| U.M. _____                     | Ultima gravidanza _____ |                                  | Parità _____  |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Menopausa spontanea _____      |                         | Menopausa chirurgica _____       |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anticoncezionali               |                         | <input type="checkbox"/> Pillola | <input type="checkbox"/> IUD  | <input type="checkbox"/> TOS         | <input type="checkbox"/> Altro _____ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obiettività ginecologica _____ |                         |                                  |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prelievo                       |                         | <input type="checkbox"/> Vagina  | <input type="checkbox"/> Portio   | <input type="checkbox"/> Endocervice | <input type="checkbox"/> Cupola      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Screening                      |                         | <input type="checkbox"/> SI      | <input type="checkbox"/> NO   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA DEL PRELEVATORE          |                         |                                  |   |                                      |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CLASSIFICAZIONE CITOLOGICA (secondo Bethesda System 2001):**

**ADEGUATEZZA DEL CAMPIONE**

- Soddisfacente per la valutazione
- Insoddisfacente per la valutazione per \_\_\_\_\_

**INTERPRETAZIONE/RISULTATO**

**Negativo per lesione intraepiteliale e per malignità**

- Alterazioni cellulari reattive associate a:
- Infiammazione
  - Radiazione
  - IUD

**Atrofia**

**Anormalità delle cellule epiteliali squamose:**

- Cellule squamose atipiche (ASC)
  - Di significato indeterminato (ASC-US)
  - Non è possibile escludere H-SIL (ASC-H)
- Lesione intraepiteliale di basso grado (L-SIL) (comprendente: HPV, displasia lieve, CIN1)
- Lesione intraepiteliale di alto grado (H-SIL) (comprendente: displasia moderata e grave, Ca in situ, CIS/CIN2/CIN3)
- Carcinoma squamoso

**Anormalità delle cellule ghiandolari**

- Cellule ghiandolari atipiche (AGC)
  - AGC v/s neoplastico/adenocarcinoma in situ
  - Adenocarcinoma

Data del referto \_\_\_\_\_

**IL CITOPATOLOGO**

**IL DIRETTORE**