

Gynäkologische Zytologie

Pathologie Medica Engle
Rämistrasse 42, 8001 Zürich
Tel. 044 269 99 88
www.patho.ch

20



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

R42

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden! </div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter			
Name	_____		
Vorname	_____		
Strasse	_____		
PLZ/Ort	_____		
c/o	_____		
Geburtsdatum	____/____/____ Mobil Tel. _____		
E-Mail	_____		
AHV-Nr.	_____		
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Rechnung an	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse _____ Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. _____ Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> Selbstzahler _____ <input type="checkbox"/> Einsender _____ <input type="checkbox"/> Spital _____ <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein Fall-ID _____ <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger _____ (bitte vollständige Information): _____	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____			
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			

Gynäkologische Zytologie

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellung

Entnahmedatum: _____	
ThinPrep: <input type="checkbox"/> Flüssigmedien/Anzahl: _____	Konventionell: <input type="checkbox"/> Objektträger/Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> Portio/Zervix <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Zervix <input type="checkbox"/> Endometrium <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva	
Indikation für diese Untersuchung: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Nichtpflichtleistung <input type="checkbox"/> Anamnese/Krankheit	
Letzte Menstruation: _____ <input type="checkbox"/> Postmenopausenblutung <input type="checkbox"/> Gravidität <input type="checkbox"/> Blutungsanomalien <input type="checkbox"/> Postpartum / Geburt am: _____ <input type="checkbox"/> HRT: _____ <input type="checkbox"/> Kontrazeption: _____	Menopause seit: _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> Hysterektomie <input type="checkbox"/> Bestrahlung / Chemotherapie <input type="checkbox"/> IUD
Makroskopie (klinisch) <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> suspekt <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus	<div style="text-align: center;"> </div>
	<input type="checkbox"/> HPV geimpft mit: <input type="checkbox"/> Gardasil <input type="checkbox"/> Cervarix <input type="checkbox"/> HPV nicht geimpft <input type="checkbox"/> HPV-Impfstatus unbekannt
Auftrag: <input type="checkbox"/> NUR Zytologie <input type="checkbox"/> Zytologie und HPV-Typisierung* falls ASCUS > 30J, LSIL > 30J, AGC-NOS (gemäss SGGG-Empfehlungen 2018) <input type="checkbox"/> Zytologie und allfällige HPV-Typisierung* auf Wunsch des Einsenders (falls Zytologie positiv) <input type="checkbox"/> Direkte Co-Testung (Zytologie UND HPV-Typisierung* gleichzeitig) <input type="checkbox"/> HPV-Typisierung* mit allfälliger Zytologie (falls HPV-Typisierung positiv) <input type="checkbox"/> NUR HPV-Typisierung*	Weitere PCR-Analysen* <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma <input type="checkbox"/> Andere: _____

* In Zusammenarbeit mit nicht akkreditiertem Partnerlabor

blutbehandelt

PCR-Analyse veranlasst

Oberflächenzellen	.....	Leukozyten	.....	Zytolyse	.....
Intermediärzellen	.....	Histiozyten	.....	Döderlein	.....
Parabasalzellen	.....	Erythrozyten	.....	Bakterien	.....
Basalzellen	.....	Schleim	.....	Aktinomyzeten	.....
nackte Kerne	.....	Autolyse	.....	Trichomonaden	.....
Zellen aus Umwandlungszone	.....	Detritus	.....	Pilze	.....
Endozervikalzellen	.....			
Endometriumzellen	.....			

Diagnose	Beschreibung				Kontrolle	Untersucher		
xx	x	x	x	x	x			
xx	x	x	x	x	x			
xx	x	x	x	x	x			

nachträgliche Blutbehandlung

G -	
	/
HPV:	
HR <input type="checkbox"/>	
LR <input type="checkbox"/>	
Keine HPV-Typisierung <input type="checkbox"/>	
H -	/

Telefonprotokoll: