

Gynäkologische Zytologie

MEDICA Pathologie
Rämistrasse 42, 8001 Zürich
Tel. 044 269 99 88
medica.ch/pathologie



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

20

R42

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes:			
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
c/o			
Geburtsdatum	<input type="text"/> [] [] [] [] [] Mobil Tel.		
E-Mail			
AHV-Nr.			
Befundbearbeitung		<input type="checkbox"/> Eilt	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht <input type="text"/> Nr.:			
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht <input type="text"/> Nr.:			
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____			
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____			
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			
<p style="text-align: right;">■ Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</p>			

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:		Menopause seit: _____ (Jahr)	
<input type="checkbox"/> Postmenopausenblutung <input type="checkbox"/> Gravidität		<input type="checkbox"/> Hysterektomie	
<input type="checkbox"/> Blutungsanomalien <input type="checkbox"/> Postpartum / Geburt am: _____		<input type="checkbox"/> Bestrahlung / Chemotherapie	
<input type="checkbox"/> HRT: _____ <input type="checkbox"/> Kontrazeption: _____		<input type="checkbox"/> IUD	
Makroskopie (klinisch) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> suspekt <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus 		<input type="checkbox"/> HPV geimpft mit: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gardasil <input type="checkbox"/> Cervarix <input type="checkbox"/> HPV nicht geimpft <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HPV-Impfstatus unbekannt 	
Auftrag: <ul style="list-style-type: none"> <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* <ul style="list-style-type: none"> <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: