

Gynäkologische Zytologie

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

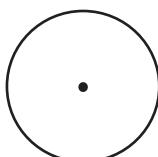


PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

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	[]	Mobil Tel.
E-Mail		
AHV-Nr.		
Befundbearbeitung		<input type="checkbox"/> Eilt
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht 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"/> Postpartum / Geburt am: _____		<input type="checkbox"/> Hysterektomie
<input type="checkbox"/> Blutungsanomalien		<input type="checkbox"/> Kontrazeption:			<input type="checkbox"/> Bestrahlung / Chemotherapie
<input type="checkbox"/> HRT: _____					<input type="checkbox"/> IUD
Makroskopie (klinisch)				<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	
<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> suspekt <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus					
Auftrag: <input type="checkbox"/> NUR Zytologie			Weitere PCR-Analysen*		
<input type="checkbox"/> Zytologie und HPV-Typisierung* falls ASCUS > 30J, LSIL > 30J, AGC-NOS (gemäss SGGG-Empfehlungen 2018)			<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma <input type="checkbox"/> Andere: _____		
<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*					

* 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: