

Anogenitale Zytologie

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

39



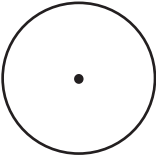
PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

R42

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<div>Bitte schwarz markieren</div> <div>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 _____		Behandelnder Arzt: _____	
c/o _____		E-Mail: _____	
Geburtsdatum: ____/____/____ Mobil Tel.: _____		Rechnung an	
E-Mail _____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. _____	
AHV-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. _____	
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Unfalldatum _____	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Einsender	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		Fall-ID _____	
_____		<input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information): _____	
_____		_____	
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			

Anogenitale Zytologie

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellung

Entnahmedatum: _____	
ThinPrep: <input type="checkbox"/> Flüssigmedien/Anzahl: _____	
<input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> _____	
Letzte Menstruation: _____ <input type="checkbox"/> HIV	
Menopause seit: _____ (Jahr)	
Makroskopie (klinisch) <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> suspekt <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus	
Auftrag: <input type="checkbox"/> NUR Zytologie <input type="checkbox"/> NUR HPV-Typisierung* <input type="checkbox"/> Direkte Co-Testung (Zytologie UND HPV-Typisierung* gleichzeitig)	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: