

UF CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher
Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)
Data de Nascimento / / Idade Cartão SUS
Dados Residenciais
Logradouro
Número Complemento
 Bairro UF
Município
CEP - DDD Telefone -
Ponto de Referência
ESCOLARIDADE: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

Sim. Quando fez o último exame?

ano

Não Não sabe

2. Usa DIU? Sim Não Não sabe

3. Está grávida? Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

/ / Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

Normal
 Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

Sim
 Não

Data da coleta / /

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

