Screeningsblankett för cancer i livmoderhalsen

1. Efternamn och förnamn

5. Kallelseår | **6. Kallelsekommun** | **7. Provnummer**

2. Personbeteckning

3. Modersmål
☐ Finska ☐ Annat _____
☐ Svenska

4. Adress

8. Orsak för kallelse
☐ Åldersgrupp Riskgrupp: ☐ Symptom ☐ Cytologi ☐ HPV

9. Randomiserings-grupp

10. Provtagningsdatum
____/____ 20_____

11. Provtagarens nummer

12. Laboratorium

13. Anamnesuppgifter

Senaste menstruation började
____/____ 20_____
☐ Menstruationen slutat (menopaus) år _____

☐ Gravid, _____ veckor
☐ Ammar
☐ Hormonsubstitution
☐ Preventivpiller
☐ Spiral
☐ Hormonspiral
☐ Annat hormonpreventiv

☐ Kontinuerlig störande flytning
☐ Blodblandad flytning
☐ Blödning i samband med samlag
☐ Oregelbunden blödning som ej beror på menstruation (mellanblödning)
☐ Blödning trots att menstruationerna upphört för minst ett år sedan

☐ Total hysterektomi år _____
☐ Partiell hysterektomi år _____

14. Tidigare cellprov från livmoderhalsen
☐ Deltog ej
☐ Tagit, antal _____
senaste år _____
var senaste ☐ vid massundersökning ☐ annanstans
Resultat _____

15. Tidigare cellförändringar i livmoderhalsen och behandlingar
Cellförändring: ☐ Nej ☐ Ja, förändring _____
år _____
Behandling: ☐ Nej ☐ Ja, hur (loop, kryo, laser, kniv, annat)
år _____

16. Cytologisk undersökning
☐ Vanlig ☐ Automatiserad (Dekal)

Provets bedömbarhet:
☐ Tillräckligt
☐ Tillräckligt, cylinderepitelceller saknas
☐ Nedsatt bedömbarhet p.g.a.…
☐ Ej bedömbart p.g.a.…

Allmän klassificering
☐ Inga atypiska epitelceller
☐ Atypiska epitelceller
☐ Annat

Papa-klass
1 2 3 4 5

Utlåtande:

Skivepitelatypi
☐ ASC-US
☐ ASC-H
☐ LSIL
☐ HSIL
☐ Skivepitelcarcinom

Cylinderepitelatypi
☐ Endocervikala celler
☐ Endometrieceller
☐ Ursprung oklart
☐ Betydelse oklar
☐ Misstanke om neoplasi
☐ Adenocarcinom

Förändringens plats
☐ Vagina
☐ Portio
☐ Endocervix

Avvikande mikrober
☐ BV, clue-celler
☐ Blandflora
☐ Svamp
☐ Trichomonas
☐ Actinomyces
☐ Herpes

Reaktiva förändringar
☐ Inflammation
☐ Regeneration
☐ Förändring p.g.a. strålning
☐ Förändring p.g.a. IUD

Övriga icke-neoplastika förändr.
☐ Cytolys
☐ Atrofia
☐ Endometrieceller efter 50 års ålder

Läkare: ***Datum*** ____/____ 20_____

Förgranskare: ***Datum*** ____/____ 20_____

17. HPV-test
☐ Negativ
☐ Positiv
☐ Har ej utförts

Rlu-ratio _____

Datum ____/____ 20_____

18. Rekommenderas
☐ Kolposkopi och provbit
☐ Prov från endocervix
☐ Prov från endometrium
☐ Nytt prov efter behandling
☐ Nytt prov under pågående lokal estrogenbehandling
☐ Nytt prov om _____ månader
☐ Läkarundersökning
☐ _____

19. Remiss till vidare undersökning
Vart
____/____ 20_____

20. Diagnos
Diagnosdatum ***Var***
____/____ 20_____

Diagnos:

Behandling:

☐ Ingen provbit

Primär lokalisation
☐ Livmoderhals
☐ Vagina
☐ Vulva
☐ Livmoder
☐ Annan _____

Tilläggsuppgifter