

**“AUDIT II° LIVELLO SCREENING DEL
CERVICO-CARCINOMA”**

Presentazione della nuova cartella colposcopica.

Laura Pasero

DIV. OSPEDALIERE S. ANNA - Dirigente Medico U.S. R. Volante - Dir. Unità Complessa Dr. G. Giardina

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____ SCHEDA N° _____
 COMUNE DI RESIDENZA _____ TELEFONO _____ CODICE REGIONALE _____ RICOVERATA
 Reparto _____

PROVENIENZA Programma Screening Altro MOTIVO ESAME (barrare 1 cas.): Screening Precedente positivo
 Sintomi F.U. Diagnostico Controllo terapia Altro: _____

PRECEDENTI ESAMI CITOLOGICI, ISTOLOGICI _____ PRECEDENTI COLPOSCOPIE _____

ANAMNESI: Parità _____ Data ultima mestruazione _____ Attualmente gravida In allattamento
 Pillola ult. 2 settimane IUD ult. 8 mesi Meno-metrorragie ult. sei mesi Terapia estr. ult. sett.

Interventi: Esciss. RFQ anno _____ Laservap p. biop. incis. rfq. anno _____ Cil/conizz. lama fredda anno _____
 Laser vaporizzaz. esclusiva cerv e/o vagina anno _____ Isterect. Totale anno _____ Anness. bil/mono anno _____
 Laser esc./cono. anno _____ Int. Assoc. Laser vaporizzazione + Esciss. RFQ anno _____ DTC anno _____
 CRIO anno _____ Isterectomia subtotale anno _____ Amputaz. cervice anno _____ Isterectomia radicale anno _____

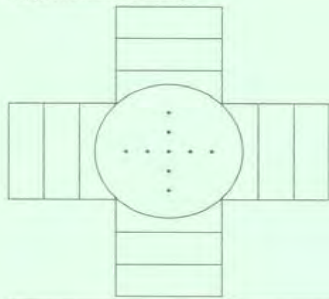
SE St: Motivo dell'ultimo intervento (barr. una casella): Pat. Cerv. non displ. CIN I CIN II CIN III VAIN

DISP. NAS Adenoca in situ Adenoca inv. Ca sq. microinv. Ia1 Ia2 Ca Sq. Fran. Inv. Ca Adenosq.

Chemioterapia anno _____ Radioterapia anno _____ Motivo _____

Altro _____

ESAME COLPOSCOPICO:
 Rappresentazione Grafica



Descrittivo, Dimensioni, Anatomia

PREL. BIOPT. RIFIUTO SI NO

Prelievo Citol. n. vetrini vagina spatolato
 Citologia Fliq. cupola vaginale
 Punch biopsy portio spatolato
 Curett. endocervice
 Rfq endometrio
 N° campioni totali (tutti i dist.) _____

SEDE BIOPTICA Tot.

Esocervice h h h h h
 Endocervice Curett. Biopsia
 Endometrio
 Vagina isol. h h h h
 Vagina confl. h h h h
 Vagina rima di sut Post. Ist
 Polipectomia
 Vulva

Complicanze alla biopsia no si emorragiche Altro _____ Giunzione S.C. Evidenziabile no si parzialmente

A) **REPERTI COLPOSCOPICI NORMALI**
 epitelio pavimentoso originari epitelio cilindrico Zona di Trasformazione Normale

B) **REPERTI COLPOSCOPICI ANORMALI**

	In Zt	Fuori
Epitelio bianco*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micropapillare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcirconvoluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggiatura*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mosaico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucoplachia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Area iodomuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasi Atipici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) **SOSP. CARCINOMA FRAN. INVASIVO**
 D) **REP. COLPOSC. NON DIRIMENTE**
 Giunzione sq.column. Non evidenziabile
 intensa Colpite o distrofia
 Cervice Non Visibile
 E) **REPERTI COLP. MISCELLANEI**
 Colpite Condilomi esofitici
 Distrofia Ulcera
 Polipi Altro
 Superfici papillari non aceto bianche

* : minore (1) o maggiore (2) grado di alterazione
 (1) : ep. bianco, mosaico, punteggiatura regolare, leucoplachia sottile
 (2) : epit. densamente acetobianco mosaico e punteggiatura irregolare, leucoplachia spessa, erosioni associate

GRADING/CODIFIC: 0 1 2 3 4 X X
 0X = Codifica sede biopsica in campo insoddisf. (segnalare solo il grado /codifica più elevato)

NOTE _____

Raccomandazioni conclusive (Esito dell'intero iter c. colp. ist.)
 Citol. (HPV T): 3aa 1aa 6 mesi altro periodo (m)
 Colposc. II liv. a: 1aa 6 mesi altro periodo (m)
Terapia consigliata:
 Esciss. a RFQ Laser conizz. Laser vap. + esc.
 Laser vap. Laser vap. + biopsi inc.
 Conizzaz./Cilindrizz. Chirurgica 5Fu Vaginale
 Brachiterapia Ricovero per stadiaz.e terapia
 I sterectomia Altro: Isteroscop. Vabra Eco
 C.P.

VISITA DI FATTIBILITÀ SI NO
 Data esame _____ Firma _____
 Firma supervisore eventuale _____
 Data consulenza _____ Firma _____
 Firma supervisore eventuale _____

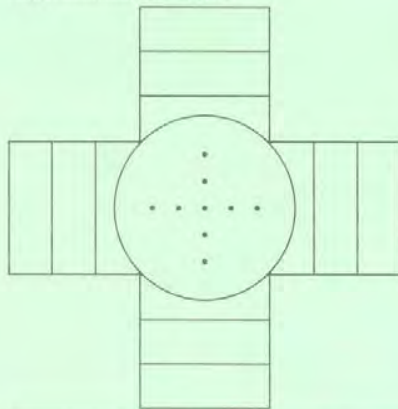
S.S.N. REGIONE PIEMONTE - A.S.O. - O.I.R.M. - S. ANNA

SERVIZIO DI DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN COLPOSCOPIA, TERAPIE CORRELATE E LASERCHIRURGIA

DIV. OSPEDALIERE S. ANNA - Dirigente Medico U.S. R. Volante - Dir. Unità Complessa Dr. G. Giardina

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	SCHEDA N°
COMUNE DI RESIDENZA	TELEFONO	CODICE REGIONALE	RICOVERATA <input type="checkbox"/> Reparto _____
PROVENIENZA	Programma Screening <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	MOTIVO ESAME (barrare 1 cas.):	Screening <input type="checkbox"/> Precedente positivo <input type="checkbox"/>
Sintomi <input type="checkbox"/>	F.U. Diagnostico <input type="checkbox"/> Controllo terapia <input type="checkbox"/>	Altro:	
PRECEDENTI ESAMI CITOLOGICI, ISTOLOGICI		PRECEDENTI COLPOSCOPIE	
ANAMNESI: Parità _____	Data ultima mestruazione _____	Attualmente gravida <input type="checkbox"/>	In allattamento <input type="checkbox"/>
Pillola ult. 2 settimane <input type="checkbox"/>	IUD ult. 8 mesi <input type="checkbox"/>	Meno-metrorragie ult. sei mesi <input type="checkbox"/>	Terapia estr. ult. sett. <input type="checkbox"/>
Interventi:	Esciss. RFQ <input type="checkbox"/> anno _____	Laservap p. biop. incis. rfq. <input type="checkbox"/> anno _____	Cil/conizz. lama fredda <input type="checkbox"/> anno _____
Laser vaporizzaz. esclusiva cerv e/o vagina <input type="checkbox"/> anno _____	Isterect. Totale <input type="checkbox"/> anno _____	Anness. bil/mono <input type="checkbox"/> anno _____	
Laser esc./cono. <input type="checkbox"/> anno _____	Int. Assoc. Laser vaporizzazione + Esciss. RFQ <input type="checkbox"/> anno _____	DTC <input type="checkbox"/> anno _____	
CRIO <input type="checkbox"/> anno _____	Isterectomia subtotale <input type="checkbox"/> anno _____	Amputaz. cervice <input type="checkbox"/> anno _____	Isterectomia radicale <input type="checkbox"/> anno _____
SE SI: Motivo dell'ultimo intervento (barr. una casella):	Pat. Cerv. non displ. <input type="checkbox"/>	CIN I <input type="checkbox"/>	CIN II <input type="checkbox"/> CIN III <input type="checkbox"/> VAIN <input type="checkbox"/>
DISP. NAS	Adenoca in situ <input type="checkbox"/> Adenoca Inv. <input type="checkbox"/>	Ca sq. microinv. Ia1 <input type="checkbox"/> Ia2 <input type="checkbox"/>	Ca Sq. Fran. Inv. <input type="checkbox"/> Ca Adenosq. <input type="checkbox"/>
Chemioterapia <input type="checkbox"/> anno _____	Radioterapia <input type="checkbox"/> anno _____	Motivo _____	
Altro			

ESAME COLPOSCOPICO:
Rappresentazione Grafica



Descrittivo, Dimensioni, Anatomia

PREL. BIOPT. RIFIUTO SI NO

Prelievo Citol. n. vetrini vagina spatolato

Citologia Fliq. cupola vaginale

Punch biopsy portio spatolato

Curett. endocervice

Rfq endometrio

N° campioni totali (tutti i dist.)

SEDE BIOPTICA Tot.

Esocervice h h h

Endocervice Curett. Biopsia

Endometrio

Vagina isol. h h h

Vagina conf. h h h

Vagina rima di sut Post. Ist

Polipectomia

Vulva

Complicanze alla biopsia no si emorragiche Altro

Giunzione S.C. Evidenziabile no si parzialmente

A) REPERTI COLPOSCOPICI NORMALI

epitelio pavimentoso originari

epitelio cilindrico Zona di Trasformazione Normale

B) REPERTI COLPOSCOPICI ANORMALI

	in Zt	Fuori
Epitelio bianco*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micropapillare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcirconvoluto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggiatura*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mosaico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucoplachia*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Area Iodomuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vasi Atipici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) SOSP. CARCINOMA FRANCO. INVASIVO

D) REP. COLPOSC. NON DIRIMENTE

Giunzione sq.column. Non evidenziabile

intensa Colpite o distrofia

Cervice Non Visibile

E) REPERTI COLP. MISCELLANEI

Colpite Condilomi esofitici

Distrofia Ulcera

Polipi Altro

Superfici papillari non aceto bianche

* : minore (1) o maggiore (2) grado di alterazione

(1) : ep. bianco, mosaico, punteggiatura regolare, leucoplachia sottile

(2) : epit. densamente acetobianco mosaico e punteggiatura irregolare, leucoplachia spessa, erosioni associate

DX = Codifica sede bioptica in campo insoddisf. (segnalare solo il grado /codifica più elevato)

NOTE _____

Data esame _____ Firma _____

Firma supervisore eventuale _____

Cod. ASO 49520 - Mod. SC/2/2

Cod. ASO 49520 - Mod. SC/2/2

Citol. (HPV T): 3aa 1aa 6 mesi altro periodo (m)

Colposc. Il liv. a: 1aa 6 mesi altro periodo (m)

Terapia consigliata:

Esciss. a RFQ Laser conizz. Laser vap. + esc.

Laser vap. Laser vap. + biopsi inc.

Conizzaz./Cilindrizz. Chirurgica 5Fu Vaginale

Brachiterapia Ricovero per stadiaz.e terapia

Isterectomia Altro: Isteroscop. Vabra Eco

C.P. _____

VISITA DI FATTIBILITÀ

SI NO

Data consulenza _____ Firma _____

Firma supervisore eventuale _____

GRADING/CODIFIC: 0 1 2 3 4 X X

0X = Codifica sede biptica in campo insoddisf. (segnalare solo il grado /codifica più elevato)

NOTE _____

Data esame _____ Firma _____

Firma supervisore eventuale _____

Raccomandazioni conclusive (Esito dell'intero iter c. colp. ist.)

Citol. (HPV T): 3aa 1aa 6 mesi altro periodo (m)

Colposc. Il liv. a: 1aa 6 mesi altro periodo (m)

Terapia consigliata:

Esciss. a RFQ Laser conizz. Laser vap. + esc.

Laser vap. Laser vap. + biopsi inc.

Conizzaz./Cilindrizz. Chirurgica 5Fu Vaginale

Brachiterapia Ricovero per stadiaz.e terapia

Isterectomia Altro: Isteroscop. Vabra Eco

C.P. _____

VISITA DI FATTIBILITÀ SI NO

Data consulenza _____ Firma _____

Firma supervisore eventuale _____