



UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / Idade Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município 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 congênitas 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