

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 203/о/г ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> № <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																		

Направлення
на дослідження (цитологія гінекологічна)
 « _____ » _____ 20__ року _____ годин
 (дата і час взяття біологічного матеріалу)

1. Прізвище _____ 2. Власне ім'я _____ 3. По батькові (за наявності) _____ 4. Дата народження _____ 5. Телефон _____ 6. Електронна пошта _____	7. Відділення _____ 8. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря _____ 9. Телефон _____ 10. Електронна пошта _____
---	--

Клінічні дані

11. Клінічний діагноз: _____

12. Візуально шийка матки Без змін Виявлено _____
 Гістеректомія в анамнезі Інше _____

13. Характеристики оваріально-менструального циклу

День циклу _____	Контрацептиви
<input type="checkbox"/> Вагітність Термін _____	<input type="checkbox"/> ВМС
<input type="checkbox"/> Після пологів Термін _____	<input type="checkbox"/> Гормональні
<input type="checkbox"/> Лактація Термін _____	<input type="checkbox"/> Інше важливе
<input type="checkbox"/> Менопауза Термін _____	

14. Дані попередніх досліджень			
Тип досліджень	Дата	Результат	
ПАП-тест			
ВПЛ-статус			
Біопсія			
Інше			
15. Тип біоматеріалу			
<input type="checkbox"/> Шийка матки	<input type="checkbox"/> Цервікальний канал	<input type="checkbox"/> Піхва	<input type="checkbox"/> Інше
Кількість зразків			
Маркування			
Лікуючий лікар _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис)			
16. Результати дослідження (цитологія гінекологічна)			
Номер дослідження _____			
Дата надходження матеріалу _____			
Метод забарвлення _____			
Адекватність зразка для висновку <input type="checkbox"/> Адекватний <input type="checkbox"/> Не адекватний			
Категорія за системою Bethesda		Коментарі / додаткові дані	
<input type="checkbox"/> NILM			
<input type="checkbox"/> Непухлинні клітинні зміни	<input type="checkbox"/> Плоскоклітинна метаплазія <input type="checkbox"/> Атрофічні зміни <input type="checkbox"/> Гіперкератоз <input type="checkbox"/> Тубарна метаплазія <input type="checkbox"/> Зміни, асоційовані з вагітністю		
<input type="checkbox"/> Реактивні клітинні зміни	<input type="checkbox"/> Запалення <input type="checkbox"/> Лімфоцитарний цервіцит <input type="checkbox"/> Опромінення <input type="checkbox"/> Внутрішньоматкові контрацептиви		
<input type="checkbox"/> Мікроорганізми	<input type="checkbox"/> Candida spp. <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Зміни флори, типові для бактеріального вагінозу		

	<input type="checkbox"/> Клітинні зміни, типові для простого герпесу <input type="checkbox"/> Клітинні зміни, типові для цитомегаловірусу	
<input type="checkbox"/> Залозисті клітини після гістеректомії		
<input type="checkbox"/> ASC	<input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H	
<input type="checkbox"/> HSIL	<input type="checkbox"/> Помірна дисплазія (CIN 2) <input type="checkbox"/> Важка дисплазія (CIN3) <input type="checkbox"/> Карцинома in situ (CIS)	
<input type="checkbox"/> SCC		
<input type="checkbox"/> AGC	<input type="checkbox"/> AGC NOS <input type="checkbox"/> AGC-FN	
<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> Ендоцервікальна <input type="checkbox"/> Ендометріальна <input type="checkbox"/> Позаматкова	
<input type="checkbox"/> Неінформативний		
17. Інші знахідки		
<input type="checkbox"/> Ендометріальні клітини після 45 років <input type="checkbox"/> Інші злоякісні новоутворення _____		
18. Результати імуноцитохімічного дослідження		
Біомаркер	Клон	Результат
19. Коментарі		
20. Рекомендації		
Дата дослідження _____ 20__ року		
Результат дослідження _____		
Лікар – патологоанатом _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис)		
Лікар – лаборант _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис)		

*Примітка: категорії за класифікацією Bethesda: NILM (Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy) – не виявлено інтраепітеліальної неоплазії або злоякісного ураження; ASC-US (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) – атипіві клітини плоского епітелію неуточненого значення; ASC-H (Atypical Squamous Cells, cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion) – атипіві клітини плоского епітелію, неможливо виключити плоскоклітинне ураження важкого ступеня; LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion) – плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження низького ступеня; HSIL (High-grade Squamous Intraepithelial Lesion) – плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження високого ступеня; AGC (Atypical Glandular Cells) – атипіві клітини залозистого епітелію; AIS (Adenocarcinoma in situ of endocervix) – ендоцервікальна аденокарцинома in situ; AC (Adenocarcinoma) – аденокарцинома.

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТРІЛКА