



Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
Nazwa zakładu leczniczego
Nazwa jednostki organizacyjnej
Nazwa komórki organizacyjnej
20-090 Lublin, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8
tel. 81 72-44-226 lub 81 72-44-227
R E G O N 0 0 0 2 8 8 7 5 1
kod resort. (cz. I/V/VII/VIII)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
Zakład Patomorfologii
ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8b, 20-090 Lublin
tel. (+48) 81-448-65-30, 781-881-068 fax. 81-448-65-50
e-mail: histopatologia@usk4.lublin.pl
www.usk4.lublin.pl

Miejsce na nalepkę
(nr badania)

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Tryb wykonania badania: ☐ rutynowy ☐ pilny ☐ bardzo pilny (DILO)		Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:	Przyjął (pieczętka i podpis):
NAZWISKO, IMIONA PACJENTA:			
		PŁEĆ:	
		☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
DATA URODZENIA:		PESEL*):	
- -			
☐ Nieznana ☐ Nieokreślona			
ADRES:			
<u>Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego</u> (w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)			
Rozpoznanie kliniczne:			
		Kod ICD-10: .	
Czy pacjentka ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?		☐ Nie ☐ Tak (wskazać jakie)	
Wcześniejsze rozpoznanie:			
Czy pacjentka była poddana wcześniejszej chemio- lub radioterapii?		☐ Tak ☐ Nie	
Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, aktualnie stosowane leczenie (☐ IUD ☐ hormonoterapia):		HPV HR (high risk): ☐ Tak ☐ Nie	
VIRGO: ☐ Tak ☐ Nie	Data ostatniej miesiączki:	Data ostatniego badania cytologicznego:	
CIĄŻA: ☐ Tak ☐ Nie	Liczba porodów:	Wynik:	
Ocena makroskopowa szyjki macicy:			
☐ b/z	☐ zaczerwienienie	☐ erytroplakia	☐ leukoplakia
☐ polip	☐ pęk. uj.	☐ krwawienie	☐ owrzodzenie
☐ torbiele Nabotha	☐ naciek	☐ nadżerka	☐ stan po amputacji
Informacje dotyczące pobranego materiału (wypełnia lekarz zlecający):			
Nr	Lokalizacja anatomiczna zmiany	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania
		☐ rozmazy na szkiełkachszt.	☐ pojemnikszt.
		☐ rozmazy na szkiełkachszt.	☐ pojemnikszt.
Data oraz pieczętka i podpis osoby pobierającej (jeśli nie jest lekarzem zlecającym):		Data oraz pieczętka i podpis lekarza zlecającego:	

Wypełnia lekarz patomorfolog/ cytotechnik

Ocena rozmazu

*) w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka należy podać numer PESEL matki.

Wydanie: 5

Data wydania: 30.12.2025

Strona 1 z 2

Imię i nazwisko pacjenta:

A. JAKOŚĆ PREPARATU ODPOWIEDNI DO OCENY ☐: ☐ jest ubogokomórkowy ☐ jest podsuszony ☐ obecność komórek kanału szyjki macicy/ strefy przejściowej ☐ brak komórek strefy przekształceń ☐ rozmaz niezbyt czytelny z powodu licznych komórek zapalnych ☐ rozmaz niezbyt czytelny z powodu licznych erytrocytów ☐ występuje znaczna cytoliza leukocytów B. OCENA OGÓLNA ROZMAZU ☐ preparat negatywny pod względem zmian śródnabłonkowych i procesu złośliwego (NILM)	NIE NADAJE SIĘ DO OCENY CYTOLOGICZNEJ ☐: ☐ preparat odrzucony/ nieopracowany z powodu ☐ preparat opracowany i oceniony ale nienadający się do oceny nieprawidłowości nabłonkowych z powodu ☐ rozmaz zbyt ubogokomórkowy ☐ rozmaz wysuszony przed utrwaleniem ☐ rozmaz źle utrwalony ☐ rozmaz nieczytelny z powodu licznych komórek zapalnych ☐ rozmaz nieczytelny z powodu licznych erytrocytów ☐ rozmaz nieczytelny z innych powodów ☐ nieprawidłowości komórek nabłonkowych ☐ inne	
Szczegóły		
C. INTERPRETACJA/ WYNIK (OPIS) Preparat negatywny pod względem zmian śródnabłonkowych i procesu złośliwego (NILM) CZYNNIKI INFEKCYJNE (MIKROORGANIZMY) ☐ rzęściek pochwowy ☐ grzyby morfologiczne odpowiadające gatunkom Candida ☐ przesunięcie flory bakteryjnej sugerujące bacterial vaginosis ☐ bakterie morfologiczne odpowiadające gatunkom Actinomyces ☐ zmiany komórkowe odpowiadające zakażeniu wirusem opryszczki ☐ zmiany komórkowe odpowiadające zakażeniu cytomegalovirus(CMV) INNE ☐ obecność komórek endometrialnych u kobiet powyżej 45 roku życia ☐ obecność komórek gruczołowych u kobiet po histerektomii Nieprawidłowości komórek nabłonkowych KOMÓRKI NABŁONKA PŁASKIEGO ☐ atypowe komórki nabłonka płaskiego (ASC): - ☐ o nieokreślonym znaczeniu –ASC-US - ☐ nie można wykluczyć HSIL-ASC-H ☐ LSIL- zmiany śródnabłonkowe stopnia niskiego obejmujące koilocytozę(HPV) i możliwość CIN 1 (dysplazji małego stopnia) ☐ HSIL- zmiany śródnabłonkowe stopnia wysokiego mogące odpowiadać CIN2, CIN3/CIS(dysplazja średniego i dużego stopnia) ☐ z cechami podejrzanymi o inwazję ☐ rak płaskonabłonkowy INNE ZMIANY NIENOWOTWOROWE (ODCZYNOWE I NAPRAWCZE): • nienowotworowe zmiany komórkowe ☐ metaplaszja płaskonabłonkowa ☐ zmiany keratotyczne ☐ metaplaszja jajowodowa ☐ atrofia ☐ zmiany związane z ciążą • odczynowe zmiany komórkowe związane z: ☐ zapaleniem (obejmuje typowe zmiany naprawcze) ☐ zapaleniem limfocytarnym (pęcherzykowym) ☐ napromieniowaniem ☐ odpowiedzią na ciało obce (IUD) • ☐ obecność komórek gruczołowych u kobiet po wycięciu macicy KOMÓRKI GRUCZOŁOWE • atypowe komórki gruczołowe (AGC) ☐ kanału szyjki (endocerkikalne) – endometrialne ☐ endometrialne ☐ nieokreślone • atypowe komórki gruczołowe, prawdopodobnie nowotworowe: ☐ endocerkikalne ☐ endometrialne • endocerkikalny rak gruczołowy in situ(AIS) ☐ • rak gruczołowy adenocarcinoma: ☐ kanału szyjki ☐ endometrialny ☐ pozamaciczny ☐ inny • ☐ inne komórki nowotworowe		
Wynik badania ☐ ujemny ☐ dodatni ZALECENIA: powtórzyć badanie cytologiczne po: ☐ liczba miesięcy..... ☐ leczeniu przeciwzapalnym ☐ próbie hormonalnej Wynik Data wyniku: ICD-10: Z12.4 Wskazana dalsza diagnostyka: ☐ badanie kolposkopowe ☐ kolposkopia z weryfikacją histopatologiczną ☐ test HPV		
Uwagi:		
Data i podpis osoby oceniającej	Data i podpis histopatologa	Data i podpis osoby wprowadzającej wynik do elektronicznej bazy danych