

## ZYTOLOGIE

www.zytologie.usz.ch

Labor Tel. 044 255 39 41  
Sekretariat Tel. 044 255 25 11  
pathologie@usz.ch

## Gynäkologische Untersuchungen

### Zusatzuntersuchung gewünscht:

- HPV-Typisierung  
 eilige Befundung

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

#### Entnahmeort:

- Endozervix  Vulva  
 Ektozervix  Vagina

#### Veranlassung für Abstrich:

- Prophylaxe  Kontrolle

#### Portio Angaben

- makroskop:  unauffällig  auffällig  
kolposkop:  unauffällig  auffällig  
Jodprobe:  positiv  negativ

#### Klinische Angaben

Letzte Menses: \_\_\_\_\_

Menopause seit: \_\_\_\_\_

Blutungsanomalien: \_\_\_\_\_

Gravidität: \_\_\_\_\_

Abort: \_\_\_\_\_

IUD: \_\_\_\_\_

Bestrahlung: \_\_\_\_\_

Hormonbehandlung: \_\_\_\_\_

Status nach Hysterektomie: \_\_\_\_\_

Status nach Konisation: \_\_\_\_\_

Status nach CIN: \_\_\_\_\_

- HPV-Impfung:  keine  
 vollständig – wann: \_\_\_\_\_

#### Patient

Pat.-Nr \_\_\_\_\_

Fall-Nr \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Rechnung an  Patient  Auftraggeber  
 Andere: \_\_\_\_\_

#### Name und Adresse des einsendenden Arztes/Spitals:

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Nur in dringenden Fällen telefonischer Bericht an:

Tel. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

#### Befundkopie an:

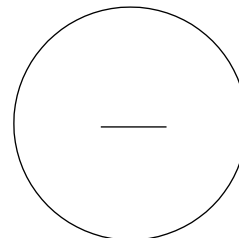
Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Skizze



Wird von der Zytologie ausgefüllt:

Diagnose:	1. Screening	2. Screening	3. Screening
Kommentar:			
Kürzel:			
Kodierung:			
Normalbefund			
Mat. ungenügend			
Atypie			
CIN I			
CIN II			
CIN III			
Plattenepithelkarzinom			
Adenokarzinom			