

⊕ BEGUTACHTUNGSAUFRAG
ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

GESUNDHEIT NORD
KLINIKUM BREMEN-MITTE

Klinikum Bremen-Mitte • St.-Jürgen-Str. 1 • 28177 Bremen
Zentrum für Pathologie

Institutsdirektor Prof. Dr. med. K. Junker
Durchwahl (0421) 497-5435
Fax (0421) 497-3327
E-Mail pathologie@klinikum-bremen-mitte.de

Patientendaten (Aufkleber)

Letzte zytologische Befund-Nr.

PAP

Art des Materials (falls nicht Portio/Cervix-Abstrich)

GYNÄKOLOGISCHER BEFUND

Letzte Regel

Operationen

Menopause

Jahr

Gravidität

Schwangerschaftswoche

Hormontherapie (Ovulationshemmer, Antihormone)

Monate

pathologische Blutung

Fluor

Strahlenbehandlung

IUP

Kolposkopie

Fragestellung

Karzinom

Funktion

Kontrolle

KLINISCHE DIAGNOSEN

ZYTOLOGISCHER BEFUND

Proliferationsgrad

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erythrozyten | <input type="checkbox"/> Döderlein | <input type="checkbox"/> Endozervikalzellen |
| <input type="checkbox"/> Leukozyten | <input type="checkbox"/> Bakt. Mischflora | <input type="checkbox"/> Endometriumzellen |
| <input type="checkbox"/> Soor | <input type="checkbox"/> Kokkenflora | <input type="checkbox"/> Metaplasiezellen |
| <input type="checkbox"/> Trichomonaden | <input type="checkbox"/> Bakt. Zytolyse | <input type="checkbox"/> Histiozyten |

BEURTEILUNG

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> I | Unauffällig |
| <input type="checkbox"/> IIa | Auffällige Anamnese |
| <input type="checkbox"/> II | Eingeschränkt protektiver Wert |
| <input type="checkbox"/> III | Unklare bzw. zweifelhafte Befunde |
| <input type="checkbox"/> IIId 1 | Leichtgradige Dysplasie |
| <input type="checkbox"/> IIId 2 | Mäßiggradige Dysplasie |
| <input type="checkbox"/> IVa | Schwergradige Dysplasie / Carcinoma in situ |
| <input type="checkbox"/> IVb | Invasion nicht auszuschließen |
| <input type="checkbox"/> V | Karzinom / Maligner Tumor |
| <input type="checkbox"/> | Unzureichendes Material |

Suffix

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Zytologische Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> nach Entzündungsbehandlung |
| <input type="checkbox"/> nach Östrogentherapie |
| <input type="checkbox"/> Histologische Klärung |

BEMERKUNGEN

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift