

# Anogenitale Zytologie

MEDICA Pathologie  
 Rämistrasse 42, 8001 Zürich  
 Tel. 044 269 99 88  
 medica.ch/pathologie

39



MEDICA  
 Pathologie

R42

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber											
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b> _____													
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....													
Name	_____	Behandelnder Arzt: _____ E-Mail: _____											
Vorname	_____												
Strasse	_____												
PLZ/Ort	_____												
c/o	_____												
Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> Mobil Tel. _____											<b>Rechnung an</b> <input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> <b>IV</b> Verfügungs-Nr. _____ <input type="checkbox"/> <b>Unfall-Vers.</b> Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> <b>Spital (stationärer Patient)</b> <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> <b>Patient</b> <input type="checkbox"/> <b>Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Beleg sofort an Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere</b> _____	
E-Mail	_____												
AHV-Nr.	_____												
<b>Befundbearbeitung</b> <input type="checkbox"/> Eilt													
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____													
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____													

Bitte **schwarz** markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

## Anogenitale Zytologie

### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellung

<b>Entnahmedatum:</b>	_____		
<b>ThinPrep:</b> <input type="checkbox"/> Flüssigmedien/Anzahl:	_____		
<input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> _____			
<b>Letzte Menstruation:</b> _____	<input type="checkbox"/> HIV		
<b>Menopause seit:</b> _____ (Jahr)			
<table border="1"> <tr> <th>Makroskopie (klinisch)</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> unauffällig  <input type="checkbox"/> suspekt  <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus                             </td> </tr> </table>	Makroskopie (klinisch)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> suspekt <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus	
Makroskopie (klinisch)			
<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> suspekt <input type="checkbox"/> Tumor / Ulkus			

<b>Auftrag:</b> <input type="checkbox"/> <b>NUR</b> Zytologie <input type="checkbox"/> <b>NUR</b> HPV-Typisierung <input type="checkbox"/> Direkte Co-Testung (Zytologie <b>UND</b> HPV-Typisierung gleichzeitig)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Weitere PCR-Analysen</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma <input type="checkbox"/> Andere: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

blutbehandelt

PCR-Analyse veranlasst

Oberflächenzellen	.....	Leukozyten	.....	Zytolyse	.....
Intermediärzellen	.....	Histiozyten	.....	Döderlein	.....
Parabasalzellen	.....	Erythrozyten	.....	Bakterien	.....
Basalzellen	.....	Schleim	.....	Aktinomyzeten	.....
nackte Kerne	.....	Autolyse	.....	Trichomonaden	.....
Zellen aus Umwandlungszone	.....	Detritus	.....	Pilze	.....
Endozervikalzellen	.....				
Endometriumzellen	.....				

Diagnose	Beschreibung				Kontrolle	Untersucher		
xx	x	x	x	x	x			
xx	x	x	x	x	x			
xx	x	x	x	x	x			

nachträgliche Blutbehandlung

<b>G</b> -	
	/
<b>HPV:</b> .....	
<b>HR</b> <input type="checkbox"/> .....	
<b>LR</b> <input type="checkbox"/> .....	
<b>Keine HPV-Typisierung</b> <input type="checkbox"/>	
<b>H</b> -	/

**Telefonprotokoll:**