

Zytologie

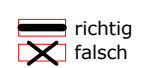
Name: _____ Vorname: _____		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dringend
Geburtsdatum: [][][][][][][][][] Pat.-Nr.: [][][][][][][][][]		Entnahmedatum: [][][][][][][][][]	
Vorname Vater/Mutter: _____ Sex: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Entnahmezeit: [][][][][][][][][]	
Patienten-Etikett			
Strasse: _____		 0000000000	
PLZ: _____ Wohnort: _____			
Befund-Kopie: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Andere (Name, Vorname, Fax): _____		Rechnungs-Empfänger: <input type="checkbox"/> Krankenkasse (Standard) <input type="checkbox"/> Zwingend Patient <input type="checkbox"/> Arzt / Einsender	

Material	Fragestellung	Klinische Angaben
----------	---------------	-------------------

<p>Gynäkologischer Abstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Portio / Cervix</p> <p><input type="checkbox"/> Portio</p> <p><input type="checkbox"/> Cervix</p> <p><input type="checkbox"/> Vagina</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich n. Hysterektomie</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginalstumpf</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>FNP von:</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Nicht gynäkologisches Material: Flüssigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Pleura</p> <p><input type="checkbox"/> Aszites</p> <p><input type="checkbox"/> Liquor</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum</p> <p><input type="checkbox"/> Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Blasenspülflüssigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Nicht gynäkologisches Material: Abstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Vulva</p> <p><input type="checkbox"/> Mamillen Sekret</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Gynäkologischer Routineabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht gynäkologisches Material Flüssigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht gynäkologisches Material Abstrich</p> <p><input type="checkbox"/> HPV-Nachweis (Human Papilloma Viren), aus Dünnschichtpräparat</p> <p><input type="checkbox"/> HSV-Nachweis (Herpes-simplex Viren), aus Dünnschichtpräparat</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydien</p> <p><input type="checkbox"/> Gonokokken</p>	<p><input type="checkbox"/> LP Datum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Blutungsanomalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Menopause seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Operation _____</p> <p><input type="checkbox"/> St. n. Hysterektomie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hormontherapie: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bestrahlung / Zytostatische Therapie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose _____</p> <p><input type="checkbox"/> Klinische Diagnose _____</p> <p><input type="checkbox"/> Zytologische Vorbefunde _____</p> <p><input type="checkbox"/> Histologische Vorbefunde _____</p>
---	---	--

Labor (bitte leer lassen)

Material	Fragestellung				
Objektträger	<input type="checkbox"/> Keine klinische Angaben				
<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	1	2	3	4	
1	2	3	4		



Befund (bitte leer lassen)

Zytologie	(+)	+	++	+++
Schleim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hefen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Döderlein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mischflora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trichomonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neutrophile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eosinophile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plasmazellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histiozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zytolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kernlose Plattenepithelien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superfizialzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intermediärzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parabasalzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basalzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zellen der Umwandlungszone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zylinderzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriumzellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klassifikation																		
PAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	I	II-a	II	II-p	II-g	II-e	IIV	III	III-p	III-g	III-e	III-x	IIID	IIID1	IIID2	IV	IVa-p	IVa-g
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IVb-p	IVb-g	V	V-p	V-g	V-e	V-x											
CIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	I	I-II	II	II-III	III	Ca												
Bethesda (WHO 2004)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AGC-AGC	AGC-EM	ASC	ASC-H	ASC-H-HPV	ASC-H-HPV?	ASC-HPV	ASC-HPV?	ASC-US									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ASC-US-HPV	ASC-US-HPV?	CA	CIS	EMs	HSIL	HSIL-HPV	HSIL-HPV?	LSIL									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LSIL-HPV	LSIL-HPV?	LSIL-HSIL	LSIL-HSIL-HPV	LSIL-HSIL-HPV?	SIL	SIL-HPV	SIL-HPV?										
VIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	I	II	III															
VAIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	I	II	III															
Befundung																		
Beurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T19	T20	T21	T22	T23	T24	T25	T26	T27	T32	T33	T34	T35	TKM	VKM			
Bemerkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	M21	V1	V2	V3	V4													
HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	K23	K24	K25	T30	T31	THPVV	THPVD											
Empfehlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	K19	K20	K21	K22	K26	K27	K28	K29	K30	K31	K32	K33	K34					
Kommentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N10								
Morphologisches Zellbild																		
Ausstrichqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	ABR	AR	A3	A4	A5	A6	A7	A8										
Beschreibung zytologisches Bild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M5	M6	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M22	M23	M24
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	M25	M26																
Beschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M5	M6	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M22	M23	M24
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	M25	M26	O1	O2														
Zellveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B19	B20	B21	B22	B23	B24	B25	B26	B27	B28	B29	B30	B31	B32	B33	B34		
Infektzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M1	M2	M3	M4	M7	M27	M28	M29										
Zusatz Info																		
arzbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	1	2	3															
Konsiliarische Beurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	TKB1	TKB2																