

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

ETIQUETA

1. É virgem?  Sim  Não, portanto autorizo o uso do espécuro para a realização do exame ginecológico.
2. Data da última menstruação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Gestante?  Sim  Não
4. Amamentando?  Sim  Não
5. Usa pílula anticoncepcional?  Sim  Não
6. Usa DIU?  Sim  Não
7. Está na Menopausa?  Sim  Não
8. Faz uso de Reposição Hormonal?  Sim  Não
9. Apresenta Sangramento pós menopausa?  Sim  Não  
(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
10. Realizou Histerectomia?  Sim  Não
11. Faz Radioterapia?  Sim  Não
12. Fez exame preventivo anterior?  Sim. Quando fez o último exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Não
13. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?  Sim  Não  
(não considerar a primeira relação sexual)

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

### USO CLÍNICO

#### Inspeção no colo uterino:

- Sem tumor evidente
- Com aspecto tumoral
- Ausente
- Não Visto

#### Sinais sugestivos de doença sexualmente transmissíveis?

- Sim
- Não

Responsável pela coleta: \_\_\_\_\_ Data da Coleta \_\_\_\_\_