

第一聯：報告聯 (藍)
 第二聯：檢驗單位 (白)
 第三聯：業務聯 (紅)
 第四聯：送檢單位 (綠)

一. 個人基本資料

1. 姓名：_____
2. 出生日期：_____年 _____月 _____日
3. 身分證字號：_____
4. 聯絡電話：_____
5. 住址：_____縣 _____鄉鎮 _____路 _____段 _____巷
 _____市 _____市區 _____(街) _____弄 _____號 _____樓--_____

二. 個人臨床資料

- 上次抹片日期：_____年 _____月 _____日
- 從未做抹片
- 一年內 一到二年 二到三年 三年以上
- 上次抹片檢查結果 正常 不正常 不知道
- 上次抹片不正常結果：_____
- 最後一次月經：_____年 _____月 _____日
- 已停經？(一年無月經)： 是 否
- 現在有無避孕：
- 無 口服避孕藥 結紮 子宮內避孕器
- 其他 _____
- 現在是否懷孕 是 否 不知道
- 現在是產後六個月內 是 否 不知道
- 子宮是否切除 是 否 不知道
- 是否接受過放射線治療 是 否 不知道
- 本資料表將作為衛生單位健康管理使用
- 受檢者同意受檢簽名：_____

三. 抹片資料

- 抹片檢體採樣單位：_____
- 抹片採樣日期：_____年 _____月 _____日
- 病歷號碼：_____
- 抹片採樣醫師：_____
- 婦科臨床病史：_____

- 細胞學編號：_____
- 收件日期：_____年 _____月 _____日
- 報告日期：_____年 _____月 _____日
- 製片方式： 人工 自動化
- 抹片品質： 良好 尚可 難以判讀
- 抹片尚可或難以判讀原因：
- 細胞太少 沒有內頸成分
- 存在外來物(如潤滑劑)

四. 細胞病理診斷 (只可單選) _____

- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY**
- Within normal limit.....1.
- Reactive changes : Inflammation, Repair
 Radiation, and others.2.
- Atrophy with inflammation.....3.
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS**
- Atypical squamous cells (ASCUS)4.
- Atypical squamous cells cannot exclude HSIL16.
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION**
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes6.
- Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes7.
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION**
- Moderate dysplasia (CIN2)8.
- Severe dysplasia (CIN3)9.
- Carcinoma in situ (CIN3)10.
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA**11.
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS**
- Atypical glandular cells5.
- Atypical glandular cells favor neoplasm15.
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU**18.
- ADENOCARCINOMA**12.
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM**13.
- OTHERS**14.
- Dysplasia cannot exclude HSIL17.

五. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女①是②否

COMMENT :

- 可能的感染： Candida Trichomonas Herpes Shift in flora (bacterial Vaginosis)
- Actinomyces Others _____

- 本次抹片正常。請定期接受「新柏氏電腦超薄抹片」檢查
- 您這次抹片結果有陰道及子宮頸發炎，請洽詢您的婦產科醫師做進一步治療
- 您這次抹片結果有細胞異常，請立即與您的婦產科醫師安排做進一步檢查

其它建議：_____

Cytotechnologist：_____

Pathologist：_____