



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

MANUAL DE INSTRUCTIVO DEL EXPEDIENTE DE SALUD

Formulario Solicitud de Estudios Citológicos

Sistema: Estadísticas de salud

Formulario: **Solicitud de Estudio Citológico**

Código: **4-70-05-0340**

Autor: Centro Nacional de Citologías

Revisado: Licda. Leda Alfaro Morales Subárea de Normalización y Regulación Técnica. Área de Estadística en Salud.

Dra. Ileana Quirós Rojas. Dirección de Cáncer – Dr. Manuel Araya Vargas Hospital Calderón Guardia.

La actualización del formulario Solicitud de Estudio Citológico se realizó en forma conjunta con los profesionales en salud y citotecnólogos del Centro Nacional de Citología, Ginecólogos Colposcopistas, Dra. Ileana Quirós Rojas de la Coordinación Técnica del Cáncer y la Licda. Leda Alfaro Morales de la Subárea de Normalización y Regulación Técnica del Área de Estadística en Salud, además de los aportes realizados por miembros del Área de Estadística en Salud.

Este instructivo de llenado aplica tanto para los centros de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social los de proveedores de servicios que mediante contratación brindan servicios de salud para ésta y para el Sistema de Atención en Salud de Medicina de Empresa

Justificación.

La citología vaginal es una prueba en la que se analizan células del cuello del útero mediante un estudio anatomopatológico. También se conoce con el nombre de prueba de Papanicolaou.

¿Qué es la citología cérvico vaginal?

Es un procedimiento que se utiliza para tomar una muestra de las células del cuello uterino con el fin de determinar o no la existencia de cambios en las células que podrían indicar la presencia de lesiones malignas o premalignas. También es llamada "Pap o prueba de Papanicolaou". La aplicación de este procedimiento de forma sistemática permite la aplicación de medidas oportunas, que impidan una posible progresión hacia el cáncer.

Datos de Identificación del Centro de Salud.

Región. Indique con letra clara y legible la región a la que pertenece el centro de salud. Para el caso de Medicina de Empresa anote la Región a la que pertenece el establecimiento de salud al que está inscrito el Centro de Trabajo.

Hospital, Área de Salud. Anote el nombre el establecimiento de salud donde se toma la muestra de la Citología, para el caso de Medicina de Empresa anote el nombre del Área de Salud donde está inscrito el Centro de Trabajo.

EBAIS o Centro de Trabajo que envía la muestra. Anote claramente el nombre del establecimiento de salud o Centro de Trabajo que envía la muestra.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

No. de fax. Anote con números claros y legibles el número de Fax del establecimiento de salud. Para el caso de Medicina de Empresa anotar el número de fax de la persona o personas designadas por el Centro de Trabajo para el seguimiento de los resultados del estudio citológico.

Número de teléfono y extensión. Anote el número de teléfono y extensión del establecimiento de salud. Para el caso de Medicina de Empresa anotar el número de teléfono y la extensión respectiva de la persona o personas designadas por el Centro de Trabajo para el seguimiento de los resultados del estudio citológico.

Correo electrónico para envío de resultados. Registre la dirección de correo electrónico del centro de salud para el envío de los resultados. Para el caso de Medicina de Empresa anote el correo electrónico de la persona o personas designadas por el Centro de Trabajo para el seguimiento de los resultados del estudio citológico.

Datos de identificación de la paciente

Fecha de toma de muestra. Anote la fecha en la que se toma la muestra para la citología.

Nombre completo de la paciente. Anote el nombre completo de la paciente utilizando el formato establecido.

No. de identificación. Anote el número de identificación tal y como aparece la clasificación en el Sistema de Identificación de Agendas y Citas (SIAC).

Fecha de Nacimiento. Anote la fecha de nacimiento utilizando el formato dd/mm/aa.

Edad. Indique con números claros y legibles la edad exacta de la paciente.

Nacionalidad. Anote la nacionalidad de la paciente.

Número teléfono de habitación. Anote en forma clara y legible el número de teléfono de la casa de habitación donde se pueda localizar la paciente.

No. teléfono Celular. Registre en forma clara y legible el número de teléfono celular, en donde se pueda localizar la paciente.

Correo electrónico. En caso de que la paciente disponga de una dirección de correo electrónico, anótelos en el espacio destinado para ser utilizado en caso de requerir enviar la información por este medio.

Dirección exacta de la residencia. Describa la dirección exacta de residencia de la paciente, utilizando calles y avenidas o puntos de referencia conocidos: negocios, centros educativos, iglesias, sitios públicos, etc.

Residencia permanente. Anote el país, provincia, cantón y distrito cuando la residencia permanente de la paciente es Costa Rica.

Datos Clínicos de la paciente (Favor enviar los datos clínicos completos)



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Gerencia Médica

Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

Gesta. Anote el número de embarazos que ha tenido la paciente.

Para. Anote el número de partos que ha tenido la paciente.

Abortos: Anote en este espacio si la paciente ha tenido abortos, así como la cantidad.

Fecha de última regla. Anote en este espacio la fecha de la última menstruación que tuvo la paciente.

Embarazo: Indique si al momento de la toma, si la paciente está embarazada.

Menopausia. De acuerdo a la fecha de la última regla marque con una X, la opción SI en caso de que la paciente presente un cese menstrual superior a los 12 meses caso contrario marque NO.

Radiación: Marque con una x si la paciente está o ha estado en tratamiento con radiación.

Anticonceptivos. Marque con una x si la paciente está utilizando algún método anticonceptivo. Especificar el tipo.

Terapia hormonal: Marque con una x si la paciente está en terapia hormonal. Indique si es con Tamoxifeno o Terapia de Reemplazo Hormonal

Citología anterior: Marque con una x si a la paciente se le ha realizado una citología anterior, anote el año y el diagnóstico.

Biopsia anterior. Marque con una x si a la paciente se le ha realizado biopsia ginecológica, anote el diagnóstico.

Cirugía anterior. Marque con una x si a la paciente si se le ha realizado cirugía ginecológica, anote el tipo de cirugía.

Observaciones: Este espacio es para uso discrecional del profesional que toma la muestra.

Profesional de salud que toma la muestra. Anote el nombre completo del profesional en salud que realiza el procedimiento.

Firma. Firma del profesional en salud que realiza el procedimiento.

Código. Anote el código asignado por el Colegio al que está adscrito que lo identifica como profesional en salud.