



液基超薄细胞学 (TCT) 检查申请单

细胞学号: _____

由临床医师填写

填单须知

- 一、请务必详细填写本申请,以利诊断,临床所见,应尽量详细填写。
- 二、请写清病者姓名及送检医院,以便于正确送达。
- 三、如果需要重新取样,请尽量将原单附回或在醒目位置注明。

送检医院: _____ 科别: _____ 床号: _____ 住院(门诊)号: _____

病人资料:

姓名: _____ 年龄: _____ 性别: _____ 身份证号: _____

地址: _____ 邮编: _____ 电话: _____

末次月经: _____ 年 _____ 月 _____ 日 绝经: 是 否

病史 口服避孕药, 避孕针 子宫环 子宫切除 手术后 人乳头瘤病毒(HPV)
 不正常流血 怀孕 哺乳期 产后四个月 其他 _____

临床所见

以往检查日期及结果: 日期 _____ 结果 _____

补充说明:

送检医师: _____ 联系电话: _____ 样本采集时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

由实验室医师填写

实验分析结果

TBS标准诊断:

细胞量:

>40% <40%

标本满意度评估: 满意

颈管细胞

化生细胞

红细胞

不满意 细胞量<10%, 需重新取样

鳞状上皮分析:

未见上皮内病变或恶性病变

微生物: 阴道滴虫

真菌, 形态上符合念珠菌群

菌群变化, 提示细菌性阴道炎

细胞变化提示HPV病毒感染

细胞变化符合单纯疱疹病毒感染

反应性细胞改变

炎症(包括典型的修复)

萎缩

宫内节育器(IUD)

放疗

其他

非典型鳞状细胞 不能明确意义(ASCUS)

倾向于上皮内高度病变(ASC-H)

上皮内低度病变(LSIL)

上皮内高度病变(HSIL)

鳞状细胞癌(SCC)

腺上皮细胞分析:

非典型腺细胞(宫颈管) 非特异性改变(NOS)
(AGC) 倾向于肿瘤性

非典型腺细胞(宫内膜) 非特异性改变
 倾向于肿瘤性

非典型腺细胞(来源不明)

宫颈管原位癌(AIS)

腺癌 宫颈管
 宫内膜
 其它 _____

其他恶性肿瘤

报告意见

报告医师: _____

日期: _____