

KOLPOSKOPISCHER UNTERSUCHUNGSBEFUND NACH SICPCV EMPFEHLUNGEN

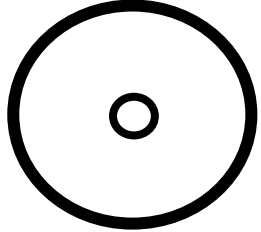
ZUFRIEDENSTELLEND: Trasformationszone (TZ)	<input type="checkbox"/> Sichtbar exozervikal
	<input type="checkbox"/> Sichtbar endozervikal

NICHT ZUFRIEDENSTELLEND:	<input type="checkbox"/> TZ nicht sichtbar	<input type="checkbox"/> Schwere Entzündung
	<input type="checkbox"/> Zervix nicht komplett sichtbar	<input type="checkbox"/> Schwere Atrophie

UNAUFFÄLLIGER KOLPOSKOPISCHER BEFUND			
Portio Epithel:	<input type="checkbox"/> Trophisch	Zervix Epithel:	<input type="checkbox"/> Bis zu 1/3
	<input type="checkbox"/> Atrophisch		<input type="checkbox"/> Bis zu 2/3
			<input type="checkbox"/> Über 2/3
Normale Trasformationszone (NTN):	<input type="checkbox"/> Nicht komplett	<input type="checkbox"/> Drüsenausgänge	
	<input type="checkbox"/> Komplet	<input type="checkbox"/> Naboth Zyste	

AUFFÄLLIGER KOLPOSKOPISCHER BEFUND	
	<input type="checkbox"/> Innerhalb der Trasformationszone
	<input type="checkbox"/> Außerhalb der Trasformationszone
Anormale Trasformationszone Grad 1 (G 1):	<input type="checkbox"/> Essigweißes Epithel, dünn und flach
	<input type="checkbox"/> Essigweißes Epithel, dünn und mikropapillär
	<input type="checkbox"/> Regelmäßiges Mosaik
	<input type="checkbox"/> Regelmäßige Punktierung
Anormale Trasformationszone Grad 2 (G 2):	<input type="checkbox"/> Essigweißes Epithel, verdickt und flach
	<input type="checkbox"/> Essigweißes Epithel, verdickt und mikropapillär
	<input type="checkbox"/> Unregelmäßiges Mosaik
	<input type="checkbox"/> Unregelmäßige Punktierung
	<input type="checkbox"/> Verdickte Drüsenausgänge
	<input type="checkbox"/> Atypische Gefäße
	<input type="checkbox"/> V.a. invasive Neoplasie

VERSCHIEDENE BEFUNDE			
V.a. Condylomatosis:	<input type="checkbox"/> Florida	<input type="checkbox"/> Leukoplakie	<input type="checkbox"/> Weiße Punkten
	<input type="checkbox"/> Mosaik	<input type="checkbox"/> Gemischt	
<input type="checkbox"/> Leukoplakie/Keratose	<input type="checkbox"/> Z.n. Therapie	<input type="checkbox"/> Erosion/Ulkus	
<input type="checkbox"/> Kolpitis (.....)	<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> Bläschen/Blasen	
<input type="checkbox"/> Jodnegativ, essigweißnegative Zone	<input type="checkbox"/> Dezidualisierung	<input type="checkbox"/> Vaginalkuppel	
<input type="checkbox"/> Mikropapilläre Oberfläche, Essigweißnegative Zone	<input type="checkbox"/> Polyp	<input type="checkbox"/> Granulationsgewebe	

SCHILLER TEST		
<input type="checkbox"/> Jodpositiv	
<input type="checkbox"/> Jodnegativ	
<input type="checkbox"/> Teilweise Jodpositiv	
	

Etikett

Datum: _____

Arzt/Ärztin: _____