

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Thin Prep No : \_\_\_\_\_

HPV DNA No : \_\_\_\_\_

收件日期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

報告日期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

閱片方式:  人工  機械  人工+機械  其他

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 HSIL .....16.

LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

Mild dysplasia ( CIN1 ) with koilocytes .....6.

Mild dysplasia ( CIN1 ) without koilocytes .....7.

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 cells .....5.

Atypical glandular cells favor neoplasm .....15.

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU .....18.

ADENOCARCINOMA .....12.

OTHER MALIGNANT NEOPLASM .....13.

OTHERS .....14.

Dysplasia cannot exclude HSIL .....17.

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  
 請加做衛生署核可及美國 FDA 認證許可之 Digene HC II HPV DNA 檢測  
其它建議: \_\_\_\_\_

Cytotechnologist : \_\_\_\_\_

Pathologist : \_\_\_\_\_

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)