



*Früherkennungsprogramm
für Frauen*

*Anleitung zum Ausfüllen des Dokumentationsblatts
PAP-Abstrich
(Papierversion)*

Hauptverband
der
österreichischen Sozialversicherungsträger

Wien, 2005



Allgemeine Vorbemerkungen zum Ausfüllen

Beim Ausfüllen des Dokumentationsblatts PAP-Abstrich im Rahmen des Früherkennungsprogramms für Frauen werden Sie gebeten, einige Richtlinien zu beachten:

- ! Bitte schreiben Sie so deutlich wie möglich und verwenden Sie ausschließlich Großbuchstaben.
- ! Bitte füllen Sie das Befundblatt unbedingt vollständig aus. Lediglich die Felder „sonstige Auffälligkeiten“ und „Fachgebiet“ sind optional.

Basisdaten der Probandin

| | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <p>Name und Anschrift der Probandin</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>Postleitzahl</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;"> </div> | <p>Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;"> </div> <p>versichert bei:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; text-align: center;"> </div> <p>Versicherungsstatus</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS</td> <td><input type="checkbox"/> Fremdstaaten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pensionär</td> <td><input type="checkbox"/> EU-Abkommen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kriegshilfsleistungsberechtigter</td> <td><input type="checkbox"/> nicht versichert</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS | <input type="checkbox"/> Fremdstaaten | <input type="checkbox"/> Pensionär | <input type="checkbox"/> EU-Abkommen | <input type="checkbox"/> Kriegshilfsleistungsberechtigter | <input type="checkbox"/> nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS | <input type="checkbox"/> Fremdstaaten | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pensionär | <input type="checkbox"/> EU-Abkommen | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kriegshilfsleistungsberechtigter | <input type="checkbox"/> nicht versichert | | | | | | |

Versicherungsträger: Geben Sie die allgemein gültige Kurzform des Versicherungsträgers bitte korrekt und in Großbuchstaben an.

Versicherungsstatus: Bitte kreuzen Sie den Versicherungsstatus an. In diesem Feld ist nur eine Einmalnennung möglich.

Aufklärung vor Untersuchung durchgeführt ja nein

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie vor der Untersuchung die Probandin über Vor- und Nachteile und eventuelle Risiken der Untersuchung aufgeklärt haben. Dies wird zumindest vor der erstmaligen Abstrichabnahme empfohlen!



Abstrichqualität

Qualität des Abstrichs: Tragen Sie bitte das Ergebnis der Qualitätsbeurteilung des Abstrichs durch das zytologische Labor ein und kreuzen Sie bitte gegebenenfalls den Grund für schlechte Beurteilbarkeit an.

Beurteilung der Abstrichqualität

Qualität: gut beurteilbar (repräsentativ mit Zellen der Transformationszone (TZ))

Qualität: eingeschränkte Aussagekraft

- keine Zellen der TZ
- andere Ursachen

Qualität: nicht beurteilbar (Pap 0)

- keine Zellen der TZ
- andere Ursachen

Abstrichwiederholung

ja nein

Abstrichwiederholung: Kreuzen Sie bitte an, ob Sie wegen der schlecht beurteilbaren Qualität des Abstrichs eine Wiederholung desselben veranlassen.

Befund und Folgemaßnahmen

PAP-Klassifikation: Übertragung des zytologischen Befundes anhand der PAP-Klassifikation. Nicht beurteilbare Befunde sind hier nicht zu erfassen.

Maßnahmen: Kreuzen Sie bitte an, welche Maßnahmen Sie aus dem vorliegenden Befund empfehlen. Dokumentieren Sie bitte auch, ob die Probandin vertragsgemäß über das Ergebnis informiert wurde.

Zervikalzytologie

PAP-Klasse

- I
- II
- III
- IIID
- IIIG
- IV
- V

Befund und Folgemaßnahme

Maßnahme

- Routine-Screening
- Abstrichwiederholung innerhalb von 6 Monaten
- sofortiger Handlungsbedarf (Histologie)

informationsrelevanter Befund ja nein

Probandin über Ergebnis informiert ja nein

Sonstige Auffälligkeiten

Sonstige Auffälligkeiten: Tragen Sie bitte weitere Auffälligkeiten ein, die sich im Rahmen der Abstrichnahme ergeben haben und die bisher anderweitig noch nicht dokumentiert sind

Bitte Stempel oder Etikett Ihrer Praxis anbringen.

Untersuchungsabschluss

Fachgebiet - Vertragspartnernummer

-

Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ

- -

Stempel oder Etikett der Praxis