**Nosūtījums uz kolposkopiju, onkologa ginekologa konsultāciju pēc dzemdes kakla vēža skrīninga izmeklējumiem**

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ārstniecības iestāde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uzaicinājuma vēstules Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personas kods:  −

Adrese:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pacienta anamnēze:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ja iepriekš ir saņemta dzemdes kakla ārstēšana, norādīt ārstēšanas veidu un datumu (mm/gads):**

krioterapija (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) diatermokoagulācija (\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.)

dozētā koagulācija (\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) elektroekscīzija ar cilpu vai konusu (\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.)

cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.)

**Atzīmēt atbilstošo rezultātu un datumu visiem veiktajiem citoloģiskajiem un AR HPV izmeklējumiem pēdējo 3 gadu laikā:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rezultāts** | **Datums** | **Apraksts** |
| **A0** |  | *Testēšana bez rezultāta:* citoloģisko analīzi atkārto pēc 3 mēnešiem. Ja 2 reizes ir šāda atbilde, nepieciešams veikt kolposkopiju |
| **A1** |  | *Nav atrasts intraepiteliāls bojājums:* turpmāka izmeklēšana nav nepieciešama, analīzi atkārtoti veic pēc jaunas uzaicinājuma vēstules saņemšanas |
| **A2** |  | *ASC-US neskaidras nozīmes daudzkārtainā plakanā (skvamozā) epitēlija šūnu atipiskās izmaiņas un AR HPV (augsta riska cilvēka papilomas vīruss) pozitīvs: jāveic kolposkopija.* |
| **A3** |  | *LSIL:* *viegla displāzija un AR HPV (augsta riska cilvēka papilomas vīruss) pozitīvs: jāveic kolposkopija.* |
| **A4** |  | *HSIL: vidēja/smaga displāzija:* jāveic kolposkopija |
| **A5** |  | *AGUS un AR HPV (augsta riska cilvēka papilomas vīruss) pozitīvs: jāveic kolposkopija.* |
| **A6** |  | *Malignizācijas pazīmes:* nepieciešama konsultācija pie onkoloģijas ginekologa. |
| **A7** |  | *Saplīsis stikliņš:* atkārto analīzi pēc 3 mēnešiem. |
|  |  | *AR HPV (augsta riska cilvēka papilomas vīruss) pozitīvs* |
|  |  | *AR HPV (augsta riska cilvēka papilomas vīruss) negatīvs* |

Veidlapa ir nosūtījums uz norādītajām ārstniecības iestādēm kolposkopijas izmeklējumiem vai onkoloģijas ginekologa konsultācijas saņemšanai bez ģimenes ārsta nosūtījuma. Mēneša laikā pēc rezultātu saņemšanas veiciet pierakstu uz turpmākiem izmeklējumiem. Reģistrējoties obligāti informējiet, ka Jums ir šāda pēcskrīninga izmeklējuma nosūtījuma veidlapa

**Ārstniecības iestādes tālāku izmeklējumu veikšanai:**

Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Rīga, Hipokrāta iela 2, Tālr:67000610; Liepājas reģionālā slimnīca, Liepāja, Slimnīcas iela 25, Tālr:63403231; 63403264; Daugavpils reģionālā slimnīca, Daugavpils, Viestura iela 5 un Vasarnīcu iela 20, Tālr.:65422419

**Informācija:**

Lūdzu, glabājiet savus iepriekšējo izmeklējumu rezultātus pie sevis un, nākot uz konsultāciju, ņemiet tos līdzi!

Atcerieties, ka vēža diagnozi pierāda tikai un vienīgi audu šūnu izmeklējumu rezultāti!

Ārstniecības persona:

(vārds, uzvārds, paraksts un personīgais spiedogs)