**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 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:* analīzi atkārto pēc 6 mēnešiem. Ja aizdomas par iekaisumu, infekcijām – izmeklē un ārstē. Ja 3 reizes ir šāda atbilde, nepieciešams veikt kolposkopiju. Dažkārt ar papildus izmeklējumiem var noteikt, vai šīs izmaiņas nav saistītas ar cilvēka papilomas vīrusa (CPV) klātbūtni – ja to atrod, veic kolposkopiju |
| **A3** |  | *LSIL:* *viegla displāzija:* analīzi atkārto pēc 6 mēnešiem. Ja 2 reizes ir šāda atbilde, nepieciešams veikt kolposkopiju |
| **A4** |  | *HSIL: vidēja/smaga displāzija:* jāveic kolposkopija |
| **A5** |  | *AGUS: neskaidras nozīmes glandulārā epitēlija šūnu atipiskās izmaiņas:* jāveic kolposkopija |
| **A6** |  | *Malignizācijas pazīmes:* nepieciešama konsultācija pie onkoloģijas ginekologa. |
| **A7** |  | *Saplīsis stikliņš:* atkārto analīzi pēc 3 mēnešiem. |

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, Centra poliklīnikas reģistratūra, Tālr:65440856,

**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)