



NATIONAL INSTITUTE OF CANCER PREVENTION AND RESEARCH (ICMR)
(Formerly ICPO)

Plot No.1-7, Sector-39, NOIDA-201301 (U.P.) Phone No. 0120-2446938
Email Id: directornicpr@icmr.org.in
PAP SMEAR REQUISITION FORM

1. Name of patient 2 Slide No
3. Husband's Name 4. Husband's Occupation
5. Address
6. Phone No. 7. Subject No:
8. Date of visit 9. LMP
10. Age 11. Duration of menopause (in years)
12. Parity 13. Abortions
14. Age at marriage 15. Education
16. Religion: 1. Hindu 2. Muslim 3. Sikh 4. Christian 5. Others
17. Income per month:
18. Pap smear collected at: (DH-1, AH-2, LNH-3, NOIDA-4, Camps-5)

CLINICAL SYMPTOMS (Key word Yes-1, No-2)

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. White Discharge | <input type="checkbox"/> | 2. Pain lower abdomen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Backache | <input type="checkbox"/> | 4. Dysparunia | <input type="checkbox"/> |
| 5. Itching around vulva | <input type="checkbox"/> | 6. Ulcerative lesion | <input type="checkbox"/> |
| 7. Irregular periods | <input type="checkbox"/> | 8. Menorrhagia | <input type="checkbox"/> |
| 9. Contact bleeding | <input type="checkbox"/> | 10. Post menopausal bleeding | <input type="checkbox"/> |
| 11. Dysuria | <input type="checkbox"/> | 12. Others (specify) | |

FAMILY PLANNING PRACTICES

Type of contraceptives used:

- Condom -1 IUCD -2 Oral Contraceptive -3 Tubectomy -4
Vasectomy -5 Rhythm Method -6 No Contraceptive -7

If Yes, duration of use (specify in years):

PAST INTERVENTION (Key word Yes-1, No-2)

- If Yes Indication
- Cryosurgery -1 LEEP/ LLETZ-2 Hysterectomy-3 Radiotherapy-4 Chemotherapy-5
Others (specify).....

EXAMINATION FINDINGS (Key word Yes-1, No-2)

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. Normal Cervix | <input type="checkbox"/> | 2. Cervical ectopy | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cervicitis | <input type="checkbox"/> | 4. Vaginitis | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hypertrophied cervix | <input type="checkbox"/> | 6. Bleeds on touch | <input type="checkbox"/> |
| 7. Unhealthy cervix | <input type="checkbox"/> | 8. Suspicious of Carcinoma | <input type="checkbox"/> |
| 9. Frank carcinoma cervix | <input type="checkbox"/> | 10. Cervical Polyp | <input type="checkbox"/> |
| 11. Others (Specify) | | | |

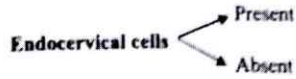
Vault: Healthy -1 Unhealthy -2 Others (Specify)

HPV test done: Yes -1 No -2

PAP SMEAR REPORT

I. Specimen adequacy:

(i) Satisfactory



Any other limiting factor - specify

(ii) Unsatisfactory

If yes, specify the reason

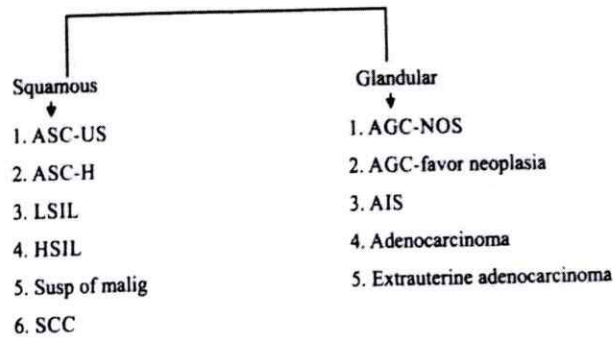
II. General Categorization

(I) NILM

- (a) Normal
- (b) Benign cellular changes - specify
- (c) Organisms

1. TV
2. Candida
3. Shift in vaginal flora (BV)
4. HSV
5. Actinomyces
6. Others

(ii) Epithelial cell abnormalities



(iii) Others - benign endometrial cells beyond 45 year of age

(iv) Vault smear report:

(v) HPV test result (if done)

(vi) Interpretation and Comments



आई सी एम आर-राष्ट्रीय कैंसर रोकथाम और अनुसंधान संस्थान

आई-7 सेक्टर -39 नोएडा उत्तरप्रदेश - 201301

सहमति पत्र

मैं पत्नी श्री को पानी की जाँच (पैप स्मीयर (बच्चेदानी का मुख के लिए)/ एचपीवी टेस्ट , स्तन कैंसर और मुख का कैंसर के बारे में समझा दिया है और उसके संभावित परिणाम को विस्तारपूर्वक जानकारी दी गयी है। इसके अंतर्गत यदि कोई विसंगति आती है तो मुझे दूरबीन की जाँच हेतु एन आई सी.पी. आर . आई -7 सेक्टर -39 नोएडा (उत्तर प्रदेश)आना पड़ेगा। जाँच का तरीका और प्रयोजन तथा खतरा/लाभ और जाँच पूरी होने की अनुमानित अवधि तथा अन्य विवरण मुझे विस्तार से समझा दिए गए हैं। मैं कोई कारण बताए बिना किसी भी समय वापस जाने के लिए पूरी तरह स्वतंत्र हूँ और इस पर मेरी चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकार पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा

मुझे पता है इस जाँच के दौरान मेरी भागीदारी के बारे में जमा की गयी जानकारी और मेरे चिकित्सा नोट्स एन आई सी.पी. आर के जिम्मेदार व्यक्ति द्वारा देखे जाएंगे। मैं इन व्यक्तियों को अपने अभिलेख देखने की अनुमति देती हूँ।

मैं उपरोक्त जाँच में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

हस्ताक्षर/ बाएँ हाथ के अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

नाम

पति

पता

दूरभाष संख्या

.....
(चिकित्सक के हस्ताक्षर)



राष्ट्रीय कैंसर रोकथाम एवं अनुसंधान संस्थान (आई सी एम आर)

आई-7 सेक्टर 3B नोएडा उत्तर प्रदेश -201301

रोगी स्वीकृति पत्र

आई डी नंबर -----

नाम -----

पति का नाम

दूरबीन विधि (कल्पोरकोपी) द्वारा महिला की योनि, योनिमुख एवं गर्भाशय मुख की जाँच करके न दिखने वाले सूक्ष्म रोग को भी कई गुना बड़ा करके देखा जा सकता है। यह दूरबीन योनि के अन्दर जाये बिना ही यहाँ का सही विवरण स्कीन पर दिखा देता है। यह देखने के लिये पहले सिके वाले पानी (एसिटिक एसिड घोल) से गर्भाशय मुख पर लगाया जाता है इसमें दर्द नहीं होता है एवं फिर गर्भाशय मुख के ऊपर हुए बारीक बदलाव को देखा जा सकता है इस पूरी प्रक्रिया में 5 से 7 मिनट का समय लगता है। परीक्षण के दौरान यदि कोई गड़बड़ी पायी जाएगी तो उसी दौरान टुकड़े की जाँच (बायोप्सी)भी ले ली जाएगी। टुकड़े की जाँच के दौरान थोड़ा सा दर्द हो सकता है और थोड़ा खून भी जा सकता है जो दवाई द्वारा ठीक हो जायेगा। थोड़े दिन पानी की शिकायत भी हो सकती है। जाँच के उपरांत 3 से 4 हफ्ते तक शारीरिक संबंध भी नहीं बनाना है। टुकड़े की जाँच की रिपोर्ट एक हफ्ते के बाद यहाँ में एकत्र करनी है यदि रिपोर्ट में कोई खराबी आयेगी तो आपको आगे उपचार हेतु बुलाया जायेगा।

मुझे इस जाँच के प्रयोजन तथा इससे संभावित खतरा /लाभ और जाँच की अवधि तथा जाँच के अन्य संगत विवरण विस्तार से समझा दिये गये हैं मैं उपरोक्त जाँच में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

दिनांक

नरीज के हस्ताक्षर/ बाएँ हाथ 5 अंगूठे का निशान

(चिकित्सक के हस्ताक्षर)

Colposcopy Record

1. Screening ID: _____ 2. Name: _____
 3. Age: _____ 4. Contact No.: _____
 5. Date of visit: ___ / ___ / ___ (Day/Month/Year)

6. Indication of colposcopy:

a) VIA +ve b) HPV +ve c) Cytology +ve d) Follow up after treatment e) other: _____

7. Cervix (tick ✓ the correct box)

a) Adequate b) Inadequate If inadequate, specify the reason:

a) Obscured by inflammation b) bleeding c) Scar d) others _____

8. Visibility of squamocolumnar junction (SCJ): a) completely visible b) partially visible c) not visible

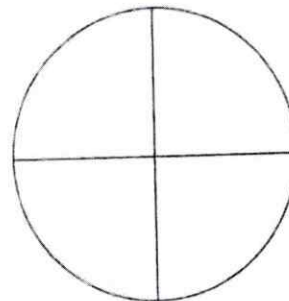
9. Transformation zone types: a) Type 1 b) Type 2 c) Type 3

10. Colposcopic findings within the transformation zone (use ✓ to indicate result):

(Draw SCJ, acetowhite, punctuation, mosaics, atypical vessels, and other lesions)

I. Grade 1 (minor) findings

- a) Thin acetowhite epithelium
- b) Irregular, geographic border
- c) Fine mosaic
- d) Fine punctuation



II. Grade 2 (major) findings:

- a) Dense aceto-white epithelium
- b) Rapid appearance of acetowhitening
- c) Cuffed crypt (gland) opening
- d) Coarse mosaic
- e) Coarse punctuation
- f) Sharp border
- g) Inner border sign
- h) Ridge sign

III. Non specific findings

- a) Leukoplakia (keratosis, hyperkeratosis)
- b) Erosion
- c) Lugol's staining: stained/non-stained

IV. Suspicious for invasion

- a) Atypical vessels
- b) Fragile vessels
- c) Irregular surface
- d) Exophytic lesion
- e) Necrosis
- f) Ulceration (necrotic)
- g) tumor/gross neoplasm

V. Miscellaneous finding _____

11. Number of quadrants involved: a) 1 b) 2 c) 3 d) 4

12. Size of lesion: a) <25% b) 25-50% c) 50-75% d) >75%

	0	1	2	Score
Aceto uptake	Zero or transparent	Shady, Milky (not transparent; not opaque)	Distinct, opaque white	
Margins/Surface	Diffuse	Sharp but irregular, jagged, 'geographical' satellites	Sharp and even, difference in surface level, including 'cuffing'	
Vessels	Fine, regular	Absent	Coarse or atypical	
Lesion size	<5mm	5-15mm or 2 quadrants	>15mm or 3-4 quadrants/ endocervically undefined	
Iodine staining	Brown	Faintly or patchy yellow	Distinct yellow	
Total score (maximum 10)				

13. Swede's score _____

14. Colposcopic diagnosis (use ✓ to indicate result):

a) Inadequate, specify: _____

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| a) Normal colposcopic findings | <input type="checkbox"/> | c) Leukoplakia | <input type="checkbox"/> |
| d) Condyloma | <input type="checkbox"/> | e) Low-grade CIN | <input type="checkbox"/> |
| f) High-grade CIN | <input type="checkbox"/> | g) Invasive cancer | <input type="checkbox"/> |

h) Other, specify: _____

15. Biopsy taken: a) No b) Yes c) Refused

16. Patient referred to higher centre. a) No b) Yes

c) If yes, place of referral _____

17. ECC done No Yes

18. Thermo coagulation done No Yes

19. LEEP done No Yes

20. Follow up date: _____

Rx.

Colposcopist's signature & name _____