Anexo: Formulario modelo de tamizaje IVAA

Nombre del centro de tamizaje

DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN DE CONTACTO		
1.	Número de documento de identidad:	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
2.	Fecha de registro (día/mes/año):	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
3.	Apellidos:	_____
4.	Nombre:	_____
5.	Nombre de la pareja:	
6.	Edad:	[ ][ ]
7.	Fecha de nacimiento (día/mes/año):	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
8.	Dirección:	_____ _____ _____
9.	Número de teléfono:	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
10.	**NÚMERO DE REGISTRO**	

HISTORIAL REPRODUCTIVO		
1.	Edad de inicio de relaciones sexuales (*en años):*	[ ][ ]
2.	Número total de embarazos:	[ ][ ]
3.	Última menstruación: *(1. Menos de 1 año; 2. Más de 1 año; 9. Desconocido)*	[ ]
4.	Fecha de inicio de la última menstruación:	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

PROCEDIMIENTO IVAA		
1.	Visibilidad UEC: *(1. Completamente visible; 2. Parcialmente visible; 3. No visible)*	[ ]
2.	Resultados de la IVAA: *(1. No realizada; 2. Negativa; 3. Positiva; 4. Sospecha de cáncer invasor)*	[ ]
3.	Si es positiva, tamaño del área acetoblanca (% del exocérvix): *(1. <25%; 2. 25-50%; 3. 50-75%; 4. >75%)*	[ ]
4.	¿Se puede cubrir la lesión con la sonda de crioterapia? *(1. Sí; 2. No)*	[ ]
5.	¿La lesión es elegible para tratamiento con crioterapia? *(1. Sí; 2. No)*	[ ]

TRATAMIENTO		
1.	Ablación térmica: *(1. No requerida; 2. No adecuada; 3. Realizada; 4. Rechazada; 5; No realizada por otro motivo)*	[ ]
2.	Problema durante la ablación térmica: *(1. Ninguno; 2. Dolor; 3. Otro; 4. No se pudo completar)*	[ ]
3.	Próxima fecha de seguimiento	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

DERIVACIÓN		
1.	Motivo de la derivación *(1. IVAA+ y no elegible para crio; 2. IVAA+ y crio no disponible; 3. Sospecha de cáncer)*	[ ]
2.	Derivada a:	

Nombre del profesional de salud/enfermera **Firma y fecha**