Questionário do Exame de Câncer de Colo do Útero (Papanicolau)
子宮頸がん検診　問診

Ano Adm. 2025 (R7 Nendo) – Município de Toyohashi
令和7年度　豊橋市

* Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. Às pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.
Pessoas com doença do cólo do útero em tratamento ou em observação não são alvo ao exame.

1	Atualmente tem, ou já teve no passado, alguma doença na região do colo do útero?		Não	Sim	Em tratamento • Tratamento concluído aprox. no ano ☐ mês ☐ Nome da doença ( )
2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de colo do útero? (Papanicolau)		Não	Sim	Esta é a ☐ vez A última vez foi no ano ☐ Resultado do exame anterior Não há anormalidade • Necessário fazer exame pormenorizado (Resultado do exame pormenorizado Há • Não há anormalidade)
3	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de colo do útero	Não	Sim	Quem? ( ) Tipo de câncer (Câncer de colo do útero • Câncer de corpo do útero)
		Outros	Não	Sim	Quem? ( ) Tipo de câncer ( )
4	Atualmente, está utilizando algum dos itens da direita?		Não	Sim	Dispositivo intrauterino (DIU) • Pírula anticoncepcional • Outros hormônios
5	Sobre menstruação		Iniciou aos ☐ anos Terminou aos ☐ anos Última menstruação desde o mês ☐ dia ☐. Durante ☐ dias Ciclo regular • irregular Fluxo menstrual (Intenso • Moderado • Leve)		
6	Já teve experiência sexual?		Sim	Não	

7	Está grávida atualmente?	Não	Sim	Atualmente estou com ☐ semanas
8	Sobre gravidez e parto	Gravidez: ☐ vezes Parto: ☐ vezes Último parto aos ☐ anos Dentre eles: Parto normal ☐ vezes Cesária ☐ vezes		
9	Alguma vez, já tomou a vacina contra o HPV?	Não	Sim	Tomei a 1ª dose no ano ☐ Total de ☐ doses
10	Sintomas: Sente dor?	Não	Sim	Cólica menstrual • Dor na parte inferior do ventre • Dor nas costas • Outros
	Sintomas: Nos últimos 6 meses, teve sangramento além da menstruação?	Não	Sim	Cor (Sangue normal • Sangue claro • Sangue escuro • Outros) Quantidade / Fluxo (Intenso • Moderado • Leve) Desde ☐ meses atrás (Somente 1 vez • De vez em quando • Sempre) Quando (Após contato sexual • Ao defecar • Ao urinar • Irregular • Outros)

Caso tiver sintomas como sangramento fora do período menstrual, sangramento após a menopausa, etc., não espere o exame preventivo e consulte o médico o quanto antes.