

附表三之一 健康署執行婦女子宮頸抹片檢查服務之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
子宮頸抹片採樣	<p>一、特約醫事服務機構如為醫療院所（含衛生所），應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師。</p> <p>二、如衛生所執業登記醫師非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，方得申請辦理。</p> <p>三、如為助產所，應有登記執業之專任助產人員。</p> <p>四、如為執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得於社區巡迴服務時執行子宮頸抹片採樣。</p>	<p>一、特約醫事服務機構應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，並由前述人員執行採檢。</p> <p>二、在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科專科醫師或家庭醫學科專科醫師，須完成健康署核可之子宮頸癌篩檢採樣訓練者，或一百十一年後經婦產科、婦癌及家庭醫學科相關專業醫學會完成子宮頸癌篩檢採樣訓練者，並由前述人員執行採檢。</p> <p>三、如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員，並由前述人員執行採檢。</p> <p>四、社區巡迴服務時，執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，得執行子宮頸抹片採樣。</p>
子宮頸細胞病理檢驗	<p>申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查。</p>	<p>執行人員資格詳見「預防保健服務之子宮頸細胞病理診斷單位資格審查原則」附件一、資格審查作業規定之資格審查表「人員資格」規定。</p>

其他應配合事項：

- 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 二、衛生局應每月將執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員，有執行社區巡迴服務篩檢之名單，依格式上傳健康署指定系統。
- 三、子宮頸細胞病理診斷單位及檢驗人員之工作合理量規定如下：

(一)細胞檢驗技術人員

1. 合格之細胞檢驗技術人員，專責抹片細胞檢驗工作，每人每年之子宮頸抹片檢驗量上限為一萬件個案。
2. 合格之細胞檢驗技術人員，除抹片細胞檢驗工作外，尚兼有切片、非細胞相關之行政工作，每人每年子宮頸抹片檢驗量上限為五千件個案。
3. 特約醫事服務機構內之細胞檢驗技術人員如僅專責閱片，並向健康署申請細胞檢驗技術人員為「全職閱片」，經審查通過後，每人每年檢驗量上限為一萬二千件個案。
4. 細胞病理診斷單位同時從事子宮頸抹片和非婦科細胞抹片檢驗，其每名細胞檢驗技術人員每年之子宮頸抹片檢驗個案數加上一倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，

不得超過其年檢驗量之上限。

- (二) 每名合格醫師每年負責之最大工作量為子宮頸細胞抹片檢驗個案數加上前一年度二倍之非婦科細胞抹片檢驗個案數，上限為五萬件；醫師如兼有組織切片診斷或門診工作者，其每年之工作量計算，以五萬件個案數扣除前述之前一年度二倍之非婦科細胞抹片，及扣除前一年度三倍之實際執行組織切片診斷量，為其一年之細胞學工作量上限。
- (三) 細胞診斷醫師（非負責醫師）至其他單位兼職者，其上述(二)所訂工作量不計入兼職機構之工作量。
- (四) 細胞病理診斷單位之子宮頸細胞抹片年檢驗總量之上限，以醫師或醫檢師總量上限較少者為準。
- (五) 子宮頸細胞病理診斷單位因人員異動導致當年度之子宮頸抹片工作量有超量之虞時，以下調節機制可擇一因應之：
 1. 子宮頸抹片檢驗外送，以符合單位閱片合理量規定。
 2. 當年度切片量調節減少，醫師應以五萬件扣除當年度三倍之切片量，即扣前一年度二倍之非婦科抹片量為基準，由各單位自行計算調節後之子宮頸抹片工作合理量。

附表三之二 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
31	IC31	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(醫療院所)	1.子宮頸抹片採樣 2.骨盆腔檢查	330
35	IC35	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(助產所)	子宮頸抹片採樣	240
38	IC38	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(社區巡迴服務篩檢,執業登記於特約醫事服務機構之專任助產人員或衛生所護理人員)	子宮頸抹片採樣	240
37	IC37	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次(衛生所執業,執業登記非屬婦產科或家庭醫學科專科之醫師)	子宮頸抹片採樣 (未含骨盆腔檢查)	280
33	IC33	二十五歲至二十九歲婦女每三年一次、三十歲以上婦女每年一次	子宮頸細胞病理檢驗	300

備註：

一、有關性別、年齡條件及篩檢間隔條件之檢核條件如下：

(一) 性別為「女性」。

(二) 年齡與間隔時間皆以「年份」做檢核條件：

1、年齡條件定義為「就醫年－出生年 ≥ 25 」。

2、二十五歲至二十九歲篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 3 」。

3、三十歲以上篩檢間隔條件為「當次就醫年－前次就醫年 ≥ 1 」。

二、執行子宮頸細胞病理檢驗者，應為通過健康署子宮頸細胞病理診斷單位資格審查之醫事機構，健保卡無須註記及上傳至健保署系統。

三、具有「雙子宮頸」之二十五歲以上婦女，病歷查證屬實，符合篩檢間隔條件下，雙側子宮頸同日得各執行一次預防保健子宮頸抹片檢查服務，並分別申報費用。

四、符合婦女人類乳突病毒檢測服務對象資格者應一併執行為原則，具有「雙子宮頸」之婦女，接受人類乳突病毒檢測時，僅能採檢申報1筆人類乳突病毒檢測費用。

五、預防保健服務日係指抹片檢體取樣日期。

附表三之三 健康署婦女子宮頸抹片檢查服務對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	<p>一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統（如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統）確認其最近一次利用預防保健子宮頸抹片檢查服務之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。</p> <p>二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。</p> <p>三、二十五歲至二十九歲女性每三年一次，年齡條件定義為「$25 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 29$」，篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 3」。三十歲以上女性每年一次，年齡條件定義為「$\text{就醫年} - \text{出生年} \geq 30$」、篩檢間隔條件為「當次就醫年 - 前次就醫年 ≥ 1」。</p>
表單填寫與保存	<p>一、辦理婦女子宮頸抹片檢查服務者，應透過子宮頸細胞病理檢驗單位，將「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）、「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（如附表三之五）詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。</p> <p>二、雙子宮頸之雙側子宮頸應分別製作一份「婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（附表三之四），並併同病歷保存，供健康署備查。</p> <p>三、<u>為檢核檢體取樣醫事人員身分，請於上傳「健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單」（如附表三之四）時，詳實登錄「檢體取樣醫事人員代號」至健康署指定之系統。</u></p>

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 時程代碼：_____

一、個人基本資料 (檢查婦女填寫)

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國____年____月____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
□□□□□□□□□□
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初)中 ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
縣 鄉鎮 村 路
_____市 市區 _____里 _____(街) _____段
_____巷 _____弄 _____號 _____樓- _____
(鄉鎮代碼) _____
- * 8. 戶籍住址：_____市 _____市區- _____
(鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料 (檢查婦女填寫)

- 9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
- 11. 最後一次月經日期：民國____年____月____日
- 12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有 HPV 疫苗) ①是，民國____年 ②否 ③不知道

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料 (採檢醫療機構填寫)

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 17. 抹片檢體取樣日期：民國____年____月____日
- * 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 19. 抹片檢體取樣醫事人員簽名 (或蓋章)：_____

抹片檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 20. 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？ ①否 ②是
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐/公務預算補助」
三之二、抹片資料 (病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
(代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國____年____月____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果 (病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因 (最多可選二個)
①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物 (如潤滑劑)
⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
- * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas
③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
⑧Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 細胞病理診斷 (只可單選)：_____

NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY

Within normal limit ----- ①

Reactive changes : Inflammation, repair, radiation, and others ----- ②

Atrophy with inflammation ----- ③

ATYPICAL SQUAMOUS CELLS

Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④

Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑬

LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥

Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦

HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION

Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧

Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨

Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩

SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪

ATYPICAL GLANDULAR CELLS

Atypical glandular cells ----- ⑤

Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮

ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱

ADENOCARCINOMA ----- ⑫

OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬

OTHER ----- ⑭

Dysplasia cannot exclude HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
- ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
- ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
- ④其他建議 _____

* 檢驗者 (請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____

Cytopathologist _____

(____月____日) *

* 為必填之項目

* 請輸入確診日期

(114 年 1 月 修訂)

健康署婦女子宮頸抹片檢查服務檢查紀錄結果表單

本檢查「由衛生福利部國民健康署運用於品健康福利捐/公務預算補助」

第二聯：病理醫療機構留存

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
- * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
- * 1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
- * 難判重做？①是 ②否
- 時程代碼：_____

一、個人基本資料（檢查婦女填寫）

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國_____年_____月_____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初中) ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
 市 _____ 市區 _____ 里 _____ (街) _____ 段 _____
 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ (鄉鎮代碼) _____
 縣 _____ 鄉鎮 _____
- * 8. 戶籍住址：_____ 市 _____ 市區 _____ (鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料（檢查婦女填寫）

- 9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
- 10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
- 11. 最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
- 12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有 HPV 疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
 受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料（採檢醫療機構填寫）

- 16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 17. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____ (代碼 10 碼) _____
- * 19. 抹片檢體取樣醫事人員簽名 (或蓋章)：_____

抹片檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師 (非屬①②)
- * 20 本次檢查是否合併 HPV 檢測服務？ ①否 ②是
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
- 22. 臨床所見 (含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料（病理醫療機構填寫）

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____ (代碼 10 碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果（病理醫療機構填寫）

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因 (最多可選二個)
 ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物 (如潤滑劑)
 ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
- * 30. 可能的感染 (可多選) ①Candida ②Trichomonas ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis) ⑧Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 細胞病理診斷 (只可單選)：_____
- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
 Within normal limit ----- ①
 Reactive changes : Inflammation, repair, radiation, and others ----- ②
 Atrophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
 Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
 Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑬
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
 Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
 Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
 Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
 Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
 Atypical glandular cells ----- ⑤
 Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱
- ADENOCARCINOMA ----- ⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬
- OTHER ----- ⑭
 Dysplasia *cannot exclude* HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於 40 歲以上婦女 ①是 ②否

33. 建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
- ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
- ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
- ④其他建議 _____

* 檢驗者 (請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

_____ (____月____日) *
 * 為必填之項目 * 請輸入確切日期 (114 年 1 月 修訂)

- * 國籍：①本國 ②外籍人士
 * 抹片車或社區巡迴服務：①否 ②抹片車 ③社區巡迴服務篩檢
 * 1. 支付方式：①預防保健 ②健保醫療給付 ③其他公務預算補助 ④其他 ⑥自費健康檢查
 * 難判重做？①是 ②否
 時程代碼：_____

一、個人基本資料(檢查婦女填寫)

- * 2. 姓名：_____
- * 3. 出生日期：民國_____年_____月_____日
- * 4. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：
- * 5. 電話：_____
- * 6. 教育：①無 ②小學 ③國(初中) ④高中、高職 ⑤專科、大學 ⑥研究所以上 ⑦拒答
- * 7. 現住址：
 縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 路 _____
 市 _____ 市區 _____ 里 _____ (街) _____ 段
 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓- _____
 (鄉鎮代碼) _____
- * 8. 戶籍住址：_____ 縣 _____ 鄉鎮 _____
 市 _____ 市區 _____
 (鄉鎮代碼) _____

二、個案臨床資料(檢查婦女填寫)

9. 最近一次抹片檢查時間？①1年內 ②1至2年內 ③2至3年內 ④3年以上 ⑤從未檢查過
10. 已停經？(一年無月經) ①是 ②否 ③不知道
11. 最後一次月經日期：民國_____年_____月_____日
12. 現在是否懷孕？ ①是 ②否 ③不知道
- * 13. 子宮是否切除？ ①是 ②否 ③不知道
- * 14. 子宮是否接受過放射線治療？ ①是 ②否 ③不知道
- * 15. 是否曾接種人類乳突病毒(HPV)疫苗？(95年起有HPV疫苗) ①是，民國_____年 ②否 ③不知道

本表資料將會作為衛生及學術單位進行個案追蹤關懷及健康管理、資格檢核、比對連結、統計分析、政策評估及其他相關目的使用。
 受檢者同意受檢及資料利用 簽名：_____

確認以上資料正確無誤：_____ (簽名)

三之一、抹片資料(採檢醫療機構填寫)

16. 病歷號：_____ * 雙子宮頸？ ①是 ②否
- * 17. 抹片檢體取樣日期：民國_____年_____月_____日
- * 18. 抹片檢體取樣機構：名稱 _____
 (代碼10碼) _____
- * 19. 抹片檢體取樣醫事人員簽名(或蓋章)：

抹片檢體取樣醫事人員身分別：

- ①婦產科醫師 ②家醫科醫師 ③助產士 ④衛生所護理人員 ⑤衛生所醫師(非屬①②)
- * 20. 本次檢查是否合併HPV檢測服務？ ①否 ②是
- * 21. 做抹片目的：①篩檢 ②懷疑癌症 ③追蹤 ④前次抹片難以判讀 ⑤其他
22. 臨床所見(含骨盆腔檢查結果)：_____

三之二、抹片資料(病理醫療機構填寫)

- * 23. 抹片細胞病理編號：_____
- * 24. 抹片判讀機構：名稱 _____
 (代碼10碼) _____
- * 25. 抹片收到日期：民國_____年_____月_____日
- * 26. 檢體種類：①常規抹片 ②液體標本

四、抹片判讀結果(病理醫療機構填寫)

- * 27. 閱片方式：①人工 ②機械 ③人工+機械
- * 28. 抹片品質：①良好 ②尚可 ③抹片難以判讀
- * 29. 抹片尚可或難以判讀之原因(最多可選二個)
 ①抹片固定或保存不良 ②細胞太少
 ③太厚或太多血液 ④沒有子宮內頸成份
 ⑤炎症細胞過多 ⑥存在外來物(如潤滑劑)
 ⑦過多細胞溶解或自溶 ⑧其他 _____
- * 30. 可能的感染(可多選) ①Candida ②Trichomonas
 ③Herpes ⑦Shift in flora (bacterial vaginosis)
 ⑧Actinomyces ⑥Others _____
- * 31. 細胞病理診斷(只可單選)：_____
- NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY
- Within normal limit ----- ①
- Reactive changes: Inflammation, repair, radiation, and others ----- ②
- Atrophy with inflammation ----- ③
- ATYPICAL SQUAMOUS CELLS
- Atypical squamous cells (ASC-US) ----- ④
- Atypical squamous cells cannot exclude HSIL ----- ⑬
- LOW-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ----- ⑥
- Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ----- ⑦
- HIGH-GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION
- Moderate dysplasia (CIN2) ----- ⑧
- Severe dysplasia (CIN3) ----- ⑨
- Carcinoma in situ (CIN3) ----- ⑩
- SQUAMOUS CELL CARCINOMA ----- ⑪
- ATYPICAL GLANDULAR CELLS
- Atypical glandular cells ----- ⑤
- Atypical glandular cells favor neoplasm ----- ⑮
- ENDOCERVICAL ADENOCARCINOMA IN SITU ----- ⑱
- ADENOCARCINOMA ----- ⑫
- OTHER MALIGNANT NEOPLASM ----- ⑬
- OTHER ----- ⑭
- Dysplasia *cannot exclude* HSIL ----- ⑰

32. 子宮內膜細胞出現於40歲以上婦女 ①是 ②否

33. 建議：

- ①因抹片難以判讀，請重做抹片檢查
 ②治療發炎，並於三個月後重做抹片檢查
 ③抹片結果異常，請再做進一步檢查
 ④其他建議 _____

* 檢驗者(請簽名及填寫代碼)

Cytotechnologist _____ Cytopathologist _____

_____ (____月____日) *
 * 為必填之項目 * 請輸入確診日期
 (114年1月修訂)

健康署子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

1. 個案姓名：_____		
2. 出生日期：民國_____年_____月_____日		
3. 身分證統一編號或統一證號(外籍)：□□□□□□□□□□		
4. 切片病理編號：_____		
5. 切片採檢機構：_____		
6. 切片判讀機構：_____		
7. 切片日期：民國_____年_____月_____日		
8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日		
9. 病歷號：_____		
10. 國籍別：□ 1 本國人士 □ 2 外籍人士		
11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸	組織部位 1	組織部位 2
02 陰道 (備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)		
03 子宮內膜		
12. 手術方式：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式	手術方式 1	手術方式 2
02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式		
03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式		
04 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage, ECC)		
05 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)		
說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04		
部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04		
部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03		
部位為內膜，手術方式可選填 01、03、05		
部位為陰道，手術方式可選填 01、03		
13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)	切片結果 1	切片結果 2
01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)		
02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)		
03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)		
04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)		
05 Squamous cell carcinoma		
06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia		
07 Adenocarcinoma in situ		
08 Adenocarcinoma		
09 Adenosquamous carcinoma		
10 Carcinoma (NOS, or other specific type)		
11 Mesenchymal tumor, benign		
12 Mesenchymal tumor, malignant		
14 Squamous cell atypia / ASCUS		
15 Dysplasia, Severity can not be determinated		
88 Inadequate specimen	Others 1	Others 2
99 Others：_____	_____	_____