Colposcopy Unit, Women’s Health, McNair Centre, Ground Floor, Southwark Wing

GUY’S HOSPITAL, Great Maze Pond, LONDON SE1 9RT

Tel No: 020 7188 3691

[**Gst-tr.Colposcopy@nhs.net**](mailto:Gst-tr.Colposcopy@nhs.net)

## COLPOSCOPY REFERRAL FORM

**PATIENT’S NAME: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . DOB: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**ADDRESS: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . POSTCODE: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**NHS NO: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . HOSPITAL NUMBER: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**TELEPHONE NOs: DAY TIME: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . MOBILE: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**HOME: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . E-MAIL: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**REASON FOR REFERRAL: □ Abnormal Screening Cytology □ Vaginal Disease**

**□ Abnormal Cytology after Colposcopy □ Vulval Disease**

**□ Clinically Suspicious Cervix □ Transfer from other Unit**

**□ Suspicious Symptoms □ Other**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**Previous Colposcopy □ No □ Yes Where done? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Diagnosis: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Treatment: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Date: . . . . . . . . . . . . . . .**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**Recent CYTOLOGY Test Result: □ None Pending □ Mild Dyskaryosis □ Glandular Neoplasia**

**(Please enclose a copy of □ Negative (Normal) □ Moderate Dyskaryosis □ Keratinised Cells**

**Result if not ‘Direct Referral')**

**□ Inadequate / Unsatisfactory □ Severe Dyskaryosis**

**□ Borderline □ Severe ?Invasive**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **If NOT enclosing photocopy of Cytology Result** |  | **COMMENTS:** |
| **Date of Cytology Test:** |  |  |
| **Laboratory Number:** |  |  |
| **Reporting Laboratory:** |  |  |

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**Contraception: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Referral Symptoms: □ Contact Bleeding □ Intermenstrual Bleeding □ Post Coital Bleeding**

**□ Post Menopausal Bleeding □ Discharge □ Polyp**

**Interpreter Needed: YES / NO Language: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Name of GP: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . GP’s Postcode: . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel No:. . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Name of Referrer (CAPITALS): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel. No: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Address: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Postcode: . . . . . . . . . . . .** **. . . . . . Signature: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Date: . . . . . . . . . . . . . . . . .**