

SOLICITAÇÃO DE EXAME

Nome completo: _____ Sexo: M F

CPF: _____ Prontuário: _____

DN: ___/___/___ Convênio: _____ Carteirinha: _____

Nome da mãe: _____ Assinatura e carimbo do médico solicitante: _____

Data da coleta: ___/___/___ Hora da coleta: ___:___

- Anatomico Patológico Exame Intraoperatório de Congelação Imuno-Histoquímica
 Revisão de Lâmina Punção Aspirativa Guiada por USG

SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA O TRATO GASTRO-INTESTINAL ALTO

QT FRASCOS

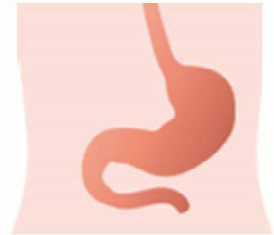
ENDOSCOPIA

Dados clínicos:

- Disfagia
 Dispepsia
 Refluxo
 Pesquisa de HP
 Pólipo/ TU
 Doença Celíaca
 Outros

Biópsia (localização):

- 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____



SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA O TRATO GASTRO-INTESTINAL BAIXO

QT FRASCOS

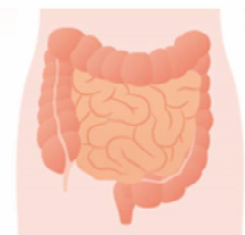
COLONOSCOPIA

Dados clínicos:

- Diarréia
 Sangramento
 Rastreamento
 Doença Inflamatória
 Pólipo/ TU
 Outros

Biópsia (localização):

- 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____



SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA PEÇA CIRÚRGICA

QT FRASCOS

Dados clínicos: _____

Qualidade da peça: _____

Exames complementares: _____

Hipótese diagnóstica: _____

