

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: ___:___

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Citologia Cérvico Vaginal | <input type="checkbox"/> Captura Híbrida | <input type="checkbox"/> Anatomo Patológico |
| <input type="checkbox"/> Hibridização in situ | <input type="checkbox"/> Imuno-Histoquímica | <input type="checkbox"/> FISH |
| <input type="checkbox"/> Punção Aspirativa Guiada por USG | <input type="checkbox"/> Citologia Oncótica de Líquidos | <input type="checkbox"/> Revisão de Lâmina |

SOLICITAÇÃO DE EXAME GINECOLÓGICO (Cirúrgico)

QT FRASCOS

Dados Clínicos: _____

Data da última menstruação: ___/___/___

Avaliação Especular: _____

Dados Radiológicos: _____

Biópsia (localização):

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____



SOLICITAÇÃO DE EXAME DAS MAMAS

QT FRASCOS

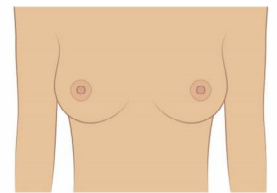
Dados Clínicos: _____

Tratamento Prévio: _____

Birads: _____

Biópsia (localização):

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____



SOLICITAÇÃO DE CITOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL

QT FRASCOS

Dados Clínicos: _____

Data da última menstruação: ___/___/___

Avaliação Especular: _____

Exames Complementares: _____

Inspeção do Colo:

- Normal
- Ausente
- Alterado
- Não Visualizado

