

## REQUISIÇÃO DE EXAME

- ANATOMOPATOLÓGICO
- CÉRVICO VAGINAL MEIO LÍQUIDO
- CÉRVICO VAGINAL CONVENCIONAL
- CITOLOGIA ESPECIAL
- PUNÇÃO ASPIRATIVA
- IMUNOISTO/CITOQUÍMICA
- IMUNOFLUORESCÊNCIA
- OUTROS \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F

MATERIAL: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HIPÓTESE(S) CLÍNICA(S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### EXAMES CITOPATOLÓGICOS OU ANATOMOPATOLÓGICOS GINECOLÓGICOS

VIDA SEXUAL	GESTANTE	LACTANTE	MENOPAUSA
S N	S N	S N	S N

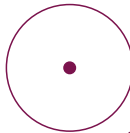
DUM \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

ÚLTIMO PARTO \_\_\_\_\_ MÉTODO ANTICONCEPCIONAL \_\_\_\_\_

CONTEÚDO VAGINAL \_\_\_\_\_

ASPECTO DO COLO \_\_\_\_\_

TESTE DE SCHILLER \_\_\_\_\_ IODO \_\_\_\_\_



DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

MÉDICO / CARIMBO: \_\_\_\_\_

ENVIAR REQUISIÇÕES

ENVIAR FRASCOS/CARTELAS

📍 UNIDADE CENTRAL  
Av. Vicente Machado, 1150  
(41) 3222 9560

🌐 [www.citolab.com.br](http://www.citolab.com.br)

📍 UNIDADE BIOCENRO  
Rua Padre Anchieta, 1846/207  
(41) 3019 9560

📘 [facebook.com/citolablaboratorio/](https://facebook.com/citolablaboratorio/)

📍 UNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS  
Rua Voluntários da Pátria, 1269/201  
(41) 3081 5505

📷 [instagram.com/citolablaboratorio/](https://instagram.com/citolablaboratorio/)