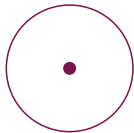


REQUISIÇÃO GINECOLÓGICA / UROLÓGICA

NOME: _____

IDADE: _____ CONVÊNIO: _____ SEXO: M F**MATERIAL** COLO VAGINA VULVA URETRA ÂNUS MUCOSA BUCAL/GENGIVAL MAMA URINA OUTROS _____**EXAMES SOLICITADOS** ANATOMOPATOLÓGICO CERVICOVAGINAL MEIO LÍQUIDO CERVICOVAGINAL CONVENCIONAL CITOLOGIA ESPECIAL
 PUNÇÃO ASPIRATIVA IMUNOISTO/CITOQUÍMICA CITOLOGIA HORMONAL OUTROS _____**PESQUISA HPV** ALTO E BAIXO RISCO - SEM GENOTIPAGEM
 GENOTIPAGEM - ALTO RISCO
 GENOTIPAGEM - BAIXO RISCO
 GENOTIPAGEM 36 TIPOS - ALTO E BAIXO RISCO**PERFIL DE TROMBOFILIA** FATOR V DE LEIDEN (G1691A)
 PROTROMBINA
 POLIMORFISMOS DO GENE MTHRF (C6771 E E 1298C)**PESQUISA MOLECULAR DE AGENTES INFECIOSOS** PAINEL IST/DST (CHLAMYDIA TRACHOMATIS, NEISSERIA GONORRHOEAE, MYCOPLASMA GENITALIUM, MYCOPLASMA HOMINIS, TRICHOMONAS VAGINALIS, UREAPLASMA UREALYTICUM, UREAPLASMA PARVUM)
 CANDIDA ALBICANS
 CHLAMYDIA TRACHOMATIS
 GONOCOCO (NEISSERIA GONORRHOEAE)
 HERPES SIMPLES 1 E 2
 STREPTOCOCCUS AGALACTIE
 PESQUISA DE "DECOY CELLS"**OBSERVAÇÕES:**

VIDA SEXUAL	GESTANTE	LACTANTE	MENOPAUSA
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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