

## REQUISIÇÃO DE EXAME PARA PATOLOGIA MAMÁRIA

- ANATOMOPATOLÓGICO  
 IMUNOISTOQUÍMICA  
 PERFIL GENÉTICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

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

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

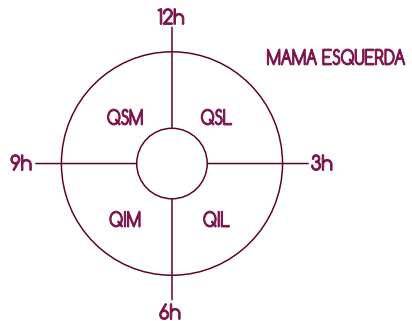
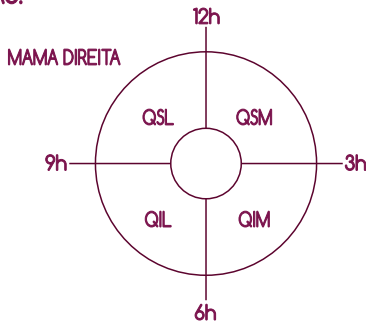
- HISTÓRIA FAMILIAR:  POSITIVA  NEGATIVA  NÃO SOUBE INFORMAR  
TRATAMENTO PRÉVIO:  NÃO  SIM  QUAL: \_\_\_\_\_  
TIPO DE BIÓPSIA:  CORE BIOPSY  SETOR/QUADRANTE  MASTECTOMIA  ADENOMASTECTOMIA  
LATERALIDADE:  DIREITA  ESQUERDA  
FOCALIDADE:  ÚNICA  MÚLTIPLAS - Nº \_\_\_\_\_  IPSILATERAL  CONTRALATERAL  
MORFOLOGIA:  REGULAR  IRREGULAR  BEM DELIMITADA  MAL DELIMITADA  
PESQUISA DE MICROCALCIFICAÇÃO:  SIM  NÃO

TAMANHO: \_\_\_\_\_ mm

PELE:  SEM PARTICULARIDADES  \_\_\_\_\_

COMPLEXO ARÉOLO-PAPILAR:  SEM PARTICULARIDADES  \_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO:



CLASSIFICAÇÃO POR IMAGEM: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

MÉDICO / CARIMBO: \_\_\_\_\_

- ENVIAR REQUISIÇÕES  
 ENVIAR FRASCOS/CARTELAS

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

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

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