

REQUISIÇÃO DE EXAME

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANATOMOPATOLÓGICO | <input type="checkbox"/> PUNÇÃO ASPIRATIVA |
| <input type="checkbox"/> CÉRVICO VAGINAL MEIO LÍQUIDO | <input type="checkbox"/> IMUNOISTO/CITOQUÍMICA |
| <input type="checkbox"/> CÉRVICO VAGINAL CONVENCIONAL | <input type="checkbox"/> IMUNOFLUORESCÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> CITOLOGIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |

NOME: _____ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG/CPF: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME DA MÃE: _____

MATERIAL: _____

Nº DE FRASCOS: _____

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

HIPÓTESE(S) CLÍNICA(S): _____

EXAMES CITOPATOLÓGICOS OU ANATOMOPATOLÓGICOS GINECOLÓGICOS

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

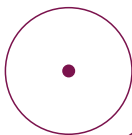
DUM _____ G _____ P _____ C _____ A _____

ÚLTIMO PARTO _____ MÉTODO ANTICONCEPCIONAL _____

CONTEÚDO VAGINAL _____

ASPECTO DO COLO _____

TESTE DE SCHILLER _____ IODO _____



DATA E HORA DA COLETA: ____/____/____ ____:____

ASSINATURA: _____

MÉDICO / CRM: _____

- ENVIAR REQUISIÇÕES
- ENVIAR FRASCOS/CARTELAS
- URGÊNCIA