

REQUISIÇÃO DE EXAME PARA PATOLOGIA MAMÁRIA

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

NOME: _____ SEXO: M F

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

NOME DA MÃE: _____

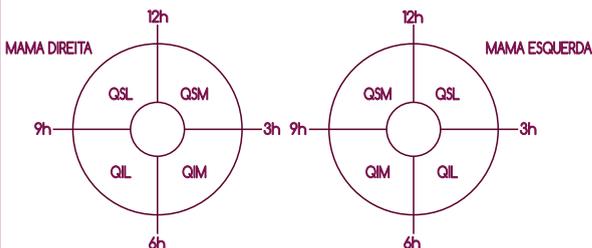
MATERIAL: _____

Nº DE FRASCOS: _____

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

HIPÓTESE(S) CLÍNICA(S): _____

LOCALIZAÇÃO:



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

ASSINATURA: _____

MÉDICO / CRM: _____

- ENVIAR REQUISIÇÕES
- ENVIAR FRASCOS/CARTELAS
- URGÊNCIA