

## 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

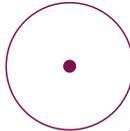
DUM \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

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