

Laboratório Médico Acreditado pela ONA (Organização Nacional de Acreditação)

REQUISIÇÃO DE EXAME

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CITOLOGIA VAGINAL | <input type="checkbox"/> PUNÇÃO ASPIRATIVA | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> SECREÇÃO MAMILAR | <input type="checkbox"/> "CORE BIOPSY" | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> CITOLOGIA HORMONAL | <input type="checkbox"/> BIÓPSIA | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> HIBRIDIZAÇÃO / CAPTURA HÍBRIDA | <input type="checkbox"/> IMUNOISTOQUÍMICA | <input type="checkbox"/> _____ |

NOME _____

IDADE _____ DATA NASC. _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

PROFISSÃO _____ COR _____ CONVÊNIO _____

GESTAÇÃO _____ PARTO _____ ABORTO _____ DUM _____ / _____ / _____ DIA DO CICLO _____

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> USO DE ANOVULATÓRIO | <input type="checkbox"/> AMENORREIA | <input type="checkbox"/> CLIMATÉRIO |
| <input type="checkbox"/> CICLO ARTIFICIAL | <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ | <input type="checkbox"/> HORMONIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> CICLO BLOQUEADO | <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO | <input type="checkbox"/> HORMONIOTERAPIA TÓPICA |
| <input type="checkbox"/> D.I.U. | <input type="checkbox"/> LACTAÇÃO | <input type="checkbox"/> FITOTERÁPICO |
| <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIZADA | <input type="checkbox"/> MENARCA | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> PRÉ-MENARCA | <input type="checkbox"/> MENOPAUSA | |

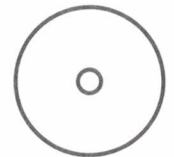
MOTIVO DA CONSULTA _____

EXAMES ANTERIORES _____

TRATAMENTOS REALIZADOS _____

EXAME GINECOLÓGICO _____

COLO UTERINO



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA _____

MATERIAL DE ORIGEM

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VAGINAL | <input type="checkbox"/> ECTOCERVICAL | <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL |
| <input type="checkbox"/> MAMA | <input type="checkbox"/> VULVA | <input type="checkbox"/> OUTROS |

MÉDICO _____ TELEFONE _____

ENDEREÇO _____ DATA _____ / _____ / _____