

REQUISIÇÃO

Nome Clínica / Consultório / Hospital: _____

DADOS DO UTENTE

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___
Idade: _____ Profissão: _____ Tel.: _____
NIF: _____ Subsistema de saúde: _____ Nº Beneficiário: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ e-mail: _____

ENVIO DO RESULTADO:

Utente: Correio e-mail Clínica / Consultório / Hospital

PAGAMENTO:

Transferência (anexar comprovativo ou enviar para o e-mail anatomiapatologica@fernandagalo.com)

NIB: 0033.0000.45664288130.05

IBAN: PT50. 0033.0000.45664288130.05

Cobrança para: _____
(se for a mesma morada não necessita de preencher)

◇ **CITOLOGIA GINECOLÓGICA** Meio Líquido Convencional

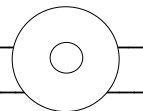
Local da Colheita: Vagina Vulva Endocolo Exocolo Endométrio

Ciclo Menstrual: Regular Irregular **DUM:** ___/___/___ **Menopausa:** ___ anos

G ___ **P** ___ **A** ___ **Gravidez:** ___ semanas Puerpério

Contraceção: Hormonal DIU Outra _____ **Terapêutica Anterior:** _____

Informação Clínica: _____



◇ **BIOLOGIA MOLECULAR**

Teste COBAS HPV Cinetec Plus HPV, Genotipagem (17 tipos) Pesquisa de: _____

◇ **CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA**

Líq. Pleural Líq. Ascítico Urina Outro: _____

Informação Clínica: _____

◇ **EXAME HISTOLÓGICO:** Biópsia Peça cirúrgica _____ Nº de Recipientes: _____

Produto a enviar: _____

Informação Clínica: _____

Diagnóstico Clínico Proposto: _____

Data da Colheita: ___/___/___

Médico/a: _____ Nº Vinheta: _____