



Entidade Requiritante _____

URGENTE

UTENTE

Nome _____
 Data de nascimento _____ NIF _____ e-mail _____
 Morada _____
 Localidade _____ Código-postal _____
 Telef. _____ Beneficiário de _____ N.º _____

TIPO DE EXAME

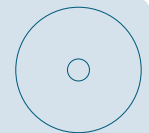
Citologia ginecológica (lâmina) <input type="checkbox"/>	Biópsia <input type="checkbox"/>	APTIMA HPV-GT® (16,18/45) <input type="checkbox"/>	CINtec® Plus <input type="checkbox"/>
Citologia ginecológica (líquida) <input type="checkbox"/>	Peça Cirúrgica <input type="checkbox"/>	Genotipagem HPV (24 subtipos) <input type="checkbox"/>	HER2 (FISH / SISH) <input type="checkbox"/>
Co-teste (Citologia + APTIMA HPV-GT) <input type="checkbox"/>	Extemporâneo <input type="checkbox"/>	Painel DST (7 agentes patogénicos) <input type="checkbox"/>	Mutação RAS <input type="checkbox"/>
Citologia não ginecológica / CBA <input type="checkbox"/>	Imunohistoquímica <input type="checkbox"/>	Instabilidade de microssatélites <input type="checkbox"/>	Mutação EGFR e ALK <input type="checkbox"/>

CITOLOGIA GINECOLÓGICA/TESTE DE HPV
Informação Clínica

Local de colheita <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> VU	Gravidez <input type="checkbox"/>	VIGILÂNCIA POR:	ASC-US <input type="checkbox"/>
DUM: ____ / ____ / ____	Pós-parto <input type="checkbox"/>	Rastreio <input type="checkbox"/>	ASC-H <input type="checkbox"/>
Contraceção Hormonal <input type="checkbox"/>	Peri-menopausa <input type="checkbox"/>	Leucorreia <input type="checkbox"/>	AGC <input type="checkbox"/>
DIU <input type="checkbox"/>	Pós-menopausa <input type="checkbox"/>	Coitorragias <input type="checkbox"/>	LSIL <input type="checkbox"/>
Outro _____	G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Metrorragias <input type="checkbox"/>	HSIL <input type="checkbox"/>
Vacina HPV: N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____	THS: N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Cit. Prévia Normal <input type="checkbox"/>	CA <input type="checkbox"/>

Tratamento/Cirurgia: _____ Radioterapia Quimioterapia

Exame clínico/colposcópico: _____



CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

CITOLOGIA BIÓPSIA ASPIRATIVA (CBA)

Tiróide <input type="checkbox"/>	Local: _____
Mama <input type="checkbox"/>	Nº lâminas: _____
Gânglio <input type="checkbox"/>	Fixação: _____
Conteúdo de cisto <input type="checkbox"/>	
Outro _____	

LÍQUIDOS

Urina de micção <input type="checkbox"/>
Lavado vesical <input type="checkbox"/>
Lavado peritoneal <input type="checkbox"/>
Outro _____

ESFREGAÇO

Escorr. mamilar <input type="checkbox"/>
Outro _____

HISTOLOGIA

BIÓPSIA		
Bióp. gástrica/Pólipo <input type="checkbox"/>	Pesquisa Hp <input type="checkbox"/>	Bióp. cólon/Reto/Pólipo <input type="checkbox"/>
Colo do útero/Pólipo <input type="checkbox"/>	Vulva <input type="checkbox"/>	Endométrio/Pólipo <input type="checkbox"/>
Pele <input type="checkbox"/>	Bexiga <input type="checkbox"/>	Outro _____

MICROBIÓPSIA

Próstata <input type="checkbox"/>
Mama <input type="checkbox"/>
Outro _____

PEÇA CIRÚRGICA

Colheita incisional <input type="checkbox"/>	Colheita excisional <input type="checkbox"/>	Sede da lesão: _____
Natureza da amostra: _____		



(INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA EXAMES HISTOLÓGICOS, ESCREVER NO VERSO.)

Data _____

Assinatura _____

Cédula Profissional n.º: _____

