

REQUISIÇÃO CITOLOGIA

Entidade Requiritante _____ **URGENTE**

Por favor colar a vinheta do utente ou preencher os seguintes dados:

Utente	Nome _____	Data de nascimento _____
	Morada _____	Código postal _____
	Localidade _____	NIF <input type="text"/>
	e-mail <input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>
	Beneficiário de _____	N.º _____
	N.º Requisição SNS <input type="text"/>	
	Código de acesso <input type="text"/>	Código de prestação <input type="text"/>

Identificar cada recipiente de produto com pelo menos nome completo e data de nascimento.

Tipo de Amostra	CITOLOGIA:
	Ginecológica em Lâmina <input type="checkbox"/> Ginecológica em Meio Líquido <input type="checkbox"/> CBA: Esfregaços <input type="checkbox"/> CBA: Cytolyt <input type="checkbox"/> Líquidos _____ Secreções (escorrência mamilar) <input type="checkbox"/> Outros _____

Citologia Ginecológica 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:	
	DUM: ____ / ____ / ____	Pós-parto <input type="checkbox"/>		Rastreio <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/>
	Contraceção Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/>	Peri-menopausa <input type="checkbox"/>		Leucorreia <input type="checkbox"/> AGC <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/>
	Outro _____ THS: N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Pós-menopausa <input type="checkbox"/>		Coitorragias <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/>
Vacina HPV: N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____	G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Metrorragias <input type="checkbox"/> Cit. Prévia Normal <input type="checkbox"/>		

Exame Clínico/Colposcópico: _____

Tratamento/Cirurgia: _____ Radioterapia Quimioterapia

Testes complementares de diagnóstico	CO-TESTE PLUS:	Aptima® HPV-GT(RNA) <input type="checkbox"/>	OUTROS:	
	Citologia Meio Líquido + Aptima® HPV-GT (RNA) + Painei IST <input type="checkbox"/>	Cobas® HPV (DNA) <input type="checkbox"/>		Imunocitoquímica _____
	CO-TESTE:	Genotipagem Extensiva HPV <input type="checkbox"/>		_____
	Citologia Meio Líquido + Aptima® HPV-GT (RNA) <input type="checkbox"/>	Painei IST <input type="checkbox"/>		Testes Moleculares _____
Citologia Meio Líquido + Cobas® HPV (DNA) <input type="checkbox"/>	Cintec® Plus <input type="checkbox"/>	_____		
Citologia Meio Líquido + Genotipagem Extensiva <input type="checkbox"/>				

Citologia não Ginecológica	CITOLOGIA DE BIÓPSIA ASPIRATIVA:	LÍQUIDOS:	Condições Pré-Analíticas	
	Tiróide <input type="checkbox"/> Gânglio Linfático <input type="checkbox"/>	Urina Micção <input type="checkbox"/> Lavado Vesical <input type="checkbox"/>		FIXAÇÃO:
	Mama <input type="checkbox"/> Glândula Salivar <input type="checkbox"/>	Liq. Ascítico <input type="checkbox"/> Lavado Peritoneal <input type="checkbox"/>		Esfregaços a seco <input type="checkbox"/>
	Conteúdo Cístico <input type="checkbox"/>	Lavado Brônquico/Broncoalveolar <input type="checkbox"/>		Esfregaço fixado com laca <input type="checkbox"/>
Outro _____	Asp. Brônquico <input type="checkbox"/> Outro _____	Álcool: a 95% <input type="checkbox"/> a 50% <input type="checkbox"/>	Cytolyt <input type="checkbox"/>	
		Data Colheita ____ / ____ / ____		

Inf. clínica Adicional _____
 (Exames Anteriores, Diagnóstico Clínico, Tratamentos Realizados e Observações)

Data _____ Assinatura _____ Cédula Profissional n.º _____

