IMP Diagnostics

ID DO EXAME

ID DO EXAME

REQUISIÇÃO DE CITOLOGIA GINECOLÓGICA

Entidade Requisitante _____ URGENTE ☐

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

Utente

Nome _____ Data de nascimento _____

Morada _____ Código postal _____

Localidade _____ NIF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tel. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Beneficiário de _____ N.º _____

N.º Requisição SNS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Código de acesso ☐☐☐☐☐☐ Código de prestação ☐☐☐☐☐☐

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

Informação Clínica

Local de Colheita V C E VU

DUM: ___/___/___

Contraceção hormonal ☐ DIU ☐

Outro _____ THS: N S

Vacina HPV: N S ___/___/___

Gravidez ☐

Pós-parto ☐

Peri-menopausa ☐

Pós-menopausa ☐

G ☐ P ☐

VIGILÂNCIA POR:

Rastreio ☐	ASC-US ☐	ASC-H ☐
Leucorreia ☐	AGC ☐	LSIL ☐
Coitorragias ☐	HSIL ☐	CA ☐
Metrorragias ☐	Citologia Prévia Normal ☐	

Exame Clínico/Colposcópico: _____

Tratamento/Cirurgia: _____ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐

Inf. clínica /adicional

(Diagnóstico clínico, exames anteriores, tratamentos realizados e observações)

. . . . . .

. . . . . .

Tipo de Amostra

Lâmina ☐ Meio Líquido ☐ Zaragatoa em Meio Líquido (Copan) ☐

Testes de diagnóstico

Citologia Ginecológica . . . . . ☐ Co-Teste (Citologia + HPV)* . . . . ☐ Co-Teste Plus (Citologia + HPV + Painel IST)* . . . ☐

* Selecione o Teste HPV e o Painel IST pretendido(s).

HPV

Aptima® HPV-GT(ARN) . . . . . ☐

cobas® HPV (ADN) . . . . . ☐

Genotipagem de HPV de alto risco (Seegene). . . . . ☐

Genotipagem de HPV de alto e baixo risco . . . . . ☐

Painéis IST

Painel rastreio IST (*CT (A-K), NG, MG, TV*)[2] . . . . . ☐

Painel IST alargado (*CT (A-K), NG, MG, TV, MH, UU, UP*)[2] . . . . . ☐

Painel de Úlceras (*CMV, HD, HSV1 e 2, CT(L1-L3), TP* e *VZV*) . . . . . ☐

Painel IST 12 Agentes (*CT, HD, HSV-1 e 2, MG, MH, NG, TV, TP, UU, UP*) ☐

Painel de Vulvovaginites (*TV, FV,CA,CO,GV, LSP, MS*)[3] . ☐

Perfil de metilação para CCU . . . . . ☐

CINtec® PLUS . . . . . ☐

Pesquisa de *Streptococcus* do grupo B[1] . . . . . ☐

Pesquisa do vírus Monkeypox . . . . . ☐

[1] Teste apenas realizado em zaragatoa vaginal e anorretal.

[2] Legenda de Agentes: *CT – Chlamydia trachomatis, CA – Candida albicans, CO – Candida Non Albicans, CMV – Citomegalovirus, FV - Fannyhessea vaginae, GV – Gardnerella vaginalis, HD – Haemophilus ducreyi, HSV-1 – Herpes simplex virus tipo 1, HSV-2 – Herpes simplex virus tipo 2, LSP – Lactobacillus spp., MH – Mycoplasma hominis, MS – Mobiluncus spp., MG – Mycoplasma genitalium,NG – Neisseria gonorrhoeae, TP – Treponema pallidum, TV – Trichomonas vaginalis, UU – Ureaplasma urealyticum, UP – Ureaplasma parvum, VZV – Varicella-zoster virus*

[3] Teste apenas realizado em Zaragatoa em Meio Líquido (Copan)

MOD-147 | Aprovado | Rev: 3

Data _____ Assinatura _____ Cédula Profissional n.º _____

Customer Care:
WhatsApp 937 145 066
Telefone 226 054 481
recolhas@impdiagnostics.com

Pç. do Bom Sucesso n.º 61 · Sala 809
4150-146 Porto · Portugal
www.impdiagnostics.com
Porto | Lisboa | Maputo | Praia

SGS · PME líder '24 · Health Cluster Portugal · inovadora'25

Diagnostics

ID DO EXAME

ID DO EXAME

REQUISIÇÃO CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

Entidade Requisitante _____ URGENTE ☐

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

Utente

Nome _____ Data de nascimento _____

Morada _____ Código postal _____

Localidade _____ NIF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tel. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail ☐☐☐

Beneficiário de _____ N.º _____

N.º Requisição SNS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Código de acesso ☐☐☐☐☐☐ Código de prestação ☐☐☐☐☐☐

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

Condições Pré-Analíticas

FIXAÇÃO:

Esfregaços a seco ☐

Esfregaço fixado com laca ☐

Álcool: a 95% ☐ a 50% ☐

Cytolyt® ☐ ThinPrep® ☐

Zaragatoa em meio líquido (Copan) ☐

Hora Colheita ____:____

Informação clínica/adicional

(Diagnóstico clínico, exames anteriores, tratamentos realizados e observações)

Tipo de Amostra

CITOLOGIA DE BIÓPSIA ASPIRATIVA:

Tiróide ☐ Gânglio linfático ☐

Mama ☐ Glândula salivar ☐

Outro _____

_____

LÍQUIDOS:

Urina micção[1] ☐ Lavado broncoalveolar ☐

Líquido ascítico ☐ Asp. brônquico ☐

Lavado vesical ☐ Esc. mamilar ☐

Lavado peritoneal ☐ Conteúdo cístico ☐

Lavado brônquico ☐ Outro _____

ESFREGAÇOS/ZARAGATOAS:

Cavidade oral ☐

Região anal/Região peniana ☐

Úlceras/Lesões cutâneas ☐

Citologia anal (rastreio) ☐

Selecione a(s) opção(ões) desejada(s):

Testes complementares de diagnóstico

Genotipagem de HPV de alto e baixo risco ..... ☐

Painel rastreio IST (*CT (A-K), NG, MG, TV*)[2] ..... ☐

Painel IST alargado (*CT (A-K), NG, MG, TV, MH, UU, UP*)[2] ..... ☐

Painel IST proctologia (*CT (A-K e L1-L3), LGV, HSV1 e 2, MG, NG, TP*)[2] ☐

Painel de úlceras (*CMV, HD, HSV1 e 2, CT(L1-L3), TP* e *VZV*)[2] ..... ☐

Pesquisa do vírus Monkeypox ..... ☐

Painel de infecções fúngicas da pele ..... ☐

Mycobacterium tuberculosis complex e resistência antimicrobiana ..... ☐

Mycobacterium tuberculosis complex e micobactérias atípicas ..... ☐

[1] Para pesquisas de patologia molecular, a urina deve ser enviada a fresco.

[2] Legenda de Agentes: *CT – Chlamydia trachomatis, CMV – Citomegalovirus, HD – Haemophilus ducreyi, HSV-1 – Herpes simplex virus tipo 1, HSV-2 – Herpes simplex virus tipo 2., MH – Mycoplasma hominis,, MG – Mycoplasma genitalium,TP – Treponema pallidum, UU – Ureaplasma urealyticum, UP – Ureaplasma parvum, VZV – Varicella-zoster virus*

MOD-147 | Aprovado | Rev: 3

Data _____ Assinatura _____ Cédula Profissional n.º _____

Customer Care:
WhatsApp 937 145 066
Telefone 226 054 481
recolhas@impdiagnostics.com

Pç. do Bom Sucesso n.º 61 · Sala 809
4150-146 Porto · Portugal
www.impdiagnostics.com
Porto | Lisboa | Maputo | Praia

Health Cluster Portugal
inovadora'25