NORDD PATOLOGIA

Dr. Giuliano Ferreira Morgantetti
Diretor Técnico - CRM/CE 18283 - RQE 7908
(85) 3268.2406 | 3242.9387

SOLICITAÇÃO DE EXAME - BIÓPSIA, CITOLOGIA GERAL E IMUNO-HISTOQUÍMICA

COLETA	HORA	INÍCIO FIXAÇÃO:	CATEGOR.
____/____/____			

PACIENTE

NOME:

MÃE:

IDADE:	DATA DE NASC.: ____/____/____	GÊNERO: ☐ F ☐ M ☐ OUTROS

COR: ☐ BRANCO ☐ PARDO ☐ NEGRO	TELEFONE:	CPF:

MÉDICO:	HOSPITAL / CLINICA:

NOME SOCIAL:	GÊNERO DE IDENTIFICAÇÃO:

TIPO DE EXAME:: ☐ BIÓPSIA ☐ CITOLOGIA ☐ IMUNO-HISTOQUÍMICA ☐ IMUNOFLUORESCÊNCIA ☐ BIOLOGIA MOLECULAR

NATUREZA E SEDE DO MATERIAL:	Nº DE FRASCOS:

SUSPEITA CLÍNICA:

DATA E HORA DA COLETA DO MATERIAL:

DATA SOLICITAÇÃO: ____/____/____	ASS. E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:	CRM:

EXAME SOLIC.

☐ CITOLOGIA EM MEIO LÍQUIDO
☐ CITOLOGIA CONVENCIONAL ☐ ECTO ☐ ENDO ☐ FSV
☐ CAPTURA HÍBRIDA ☐ COLO ☐ VAGINA ☐ VULVA ☐ PÊNIS ☐ ÂNUS
☐ HPV - BAIXO E ALTO RISCO ☐ HPV-ALTO RISCO ☐ CHLAMYDIA ☐ GONOCOCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

( ) AC HORMONAL/TRH EXAME ANTERIOR ( ) NILM/INFLAM ( ) ASCUS/NIC/TU

DIU: ( ) Nunca utilizei Utilizo: ( ) há menos de 3 anos. ( ) há mais de 3 anos. Retirei: ( ) há mais de 3 anos. ( ) há menos de 3 anos.

GESTANTE: ( ) Nunca tive uma gestação ( )Estou gestante ( )Tive uma gestação: ( ) há menos de 3 anos. ( ) há mais de 3 anos.

LACTANTE: ( ) Nunca amamentei ( ) Estou amamentando atualmente Amamentei ( ) há menos de 3 anos. ( ) há mais de 3 anos.

RADIOTERAPIA: ( ) Nunca fiz ( ) Estou fazendo Fiz a última vez ( ) há menos de 3 anos. ( ) há mais de 3 anos.

CONTEÚDO VAGINAL: ( ) Normal ( ) Branco ( ) Bolhoso ( ) Grumoso ( ) Amarelado ( ) Esverdeado ( ) Sanguinolento

COLO UTERINO: ( ) Normal ( ) Ausente ( ) Hiperemia ( ) Ulceração ( ) Mácula Rubra ( ) Endorcervicite ( ) Pólipo Cervical

JEC: ☐ ☐	( ) ZTA ANT ( ) ZNT
SCHLLER: ( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO	( ) MOSAICO ( ) PONTILHADO
( ) ATROFIA	( ) LEUCOPLASIA
( ) ULCERAÇÃO	( ) EPT. ACETOBRANCO
( ) ECTOPIA	( ) VASOS ATÍPICOS
( ) JEC NÃO VISUALIZADA	( ) SUSPEITA DE INVASÃO

OUTRAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / EXAMES

OBS.:

NORDD
PATOLOGIA

Declaro que estou ciente que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico) será encaminhada para o Laboratório de Patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a este estabelecimento:

Laboratório: LABOROCHA FILHO- LABORATORIO DE PATOLOGIA LTDA

Endereço: Rua Catão Mamede, 800, Aldeota, Fortaleza, CE

Telefone: (85) 3268-2406 l (85) 3242-9387.

Diretor Técnico: Dr. Giuliano Ferreira Morgantetti – CRM-CE 18283 – RQE 7908

Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017. Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima. Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança, porém, autorizo que a mesma seja transportada pelo Laboratório de Patologia acima citado. Fui esclarecido(a) que o resultado poderá ter o prazo prorrogado em virtude de necessidade de complementação diagnóstica.

ASSINATURA