

# LABORATÓRIO COSTA ROSA

## PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

Médico Patologista e Citopatologista/Responsável Técnico  
CRM-MS 4780 / N.º de Reg. de Especialidade 2693

Rua Riachuelo, nº 238 - Com.: (67) 3461-5345 - (67) 3561-5476

Centro - CEP 79.950-000 - Navirai/MS Cel.: 99205-6763

www.laboratoriocostarosa.com.br / e-mail: laboratoriocostarosa@uol.com.br

### REQUISICÃO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

REQUISICÃO DE EXAME DE COLPOCITOLOGIA:  Oncótica  
 Hormonal

Coleta:  Endocérvice  Ectocérvice  Vagina

ESPAÇO PARA ETIQUETA  
DO LABORATÓRIO

Médico/Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

Categoria do Paciente:  Particular

Nome do Convênio: \_\_\_\_\_ N.º do Convênio: \_\_\_\_\_

#### DADOS DO PACIENTE:

##### NOME DO(A) PACIENTE:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo Biológico: M ( ) F ( )

Identidade N.º: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ N.º Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Cor/Raça:  Branca  Negra  Parda  Indígena  Asiática

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA ATUAL

Sangramento Vaginal:  Sim  Não      Cauterização:  Sim  Não

Corrimento:  Sim  Não      Característica: \_\_\_\_\_

Outras Informações: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA TOCGINECOLÓGICA

Ciclos Regulares:  Sim  Não      DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Atividade Sexual:  Sim  Não

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_      Gravidez:  Sim  Não

Idade Menopausa: \_\_\_\_\_ Tempo de Menopausa: \_\_\_\_\_      DIU:  Sim  Não

Tipo de Menopausa:  Natural  Cirúrgica  Radioterápica

#### USO DE HORMÔNIOS

Uso de Anticoncepcional: Sim  Não  Tempo de uso: \_\_\_\_\_

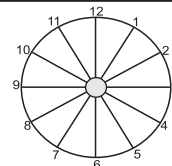
Uso de TH: Sim  Não  Tempo de uso: \_\_\_\_\_

#### EXAME ESPECULAR

Colo: \_\_\_\_\_

Vagina: \_\_\_\_\_

Conteúdo Vaginal: \_\_\_\_\_



MÉDICO REQUISITANTE: \_\_\_\_\_  
Carimbo - CRM e Assinatura do Médico

DDD/FONE DE CONTATO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### ESPAÇO RESERVADO PARA ANOTAÇÕES DO LABORATÓRIO:

Data de Recebimento pelo Laboratório: \_\_\_\_\_ Data de Cadastro no Laboratório: \_\_\_\_\_

Código de Categoria: \_\_\_\_\_ Código de Procedência: \_\_\_\_\_