

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

Solitação de Exames Colpocitológico/Biologia Molecular

Exames solicitados (assinalar os desejados)

- | | |
|---|---|
| ☐ Citologia Convencional | ☐ Genotipagem HPV
(Baixo e Alto Risco - 29 genótipos) |
| ☐ Citologia em Meio Líquido | ☐ PAINEL HPV - Detecção e
Genotipagem - 35 Genótipos |
| ☐ Chlamydia Trachomatis - Detecção por PCR | ☐ Detecção de Patógenos
Associados à Candidíase |
| ☐ Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoeae - Detecção por PCR | ☐ Detecção e Quantificação por PCR
de Patógenos Associados à Vaginose |
| ☐ Neisseria Gonorrhoeae - PCR | ☐ Detecção Molecular de <i>Mycobacterium</i> spp |
| ☐ Detecção de DST's (7 patógenos). | |

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 CIVIL:

Nome Social (quando aplicável):

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 TOCOGINECOLÓGICA

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: _____

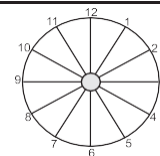
Uso de TH: Sim ☐ Não ☐ Tempo de uso: _____

EXAME ESPECULAR

Colo: _____

Vagina: _____

Conteúdo Vaginal: _____



MÉDICO REQUISITANTE:

DDD/FONE DE CONTATO DO MÉDICO:

Carimbo - CRM e Assinatura do Médico

Data da Coleta: ____/____/____

ESPAÇO RESERVADO PARA ANOTAÇÕES DO LABORATÓRIO:

Data de Recebimento pelo Laboratório:

Data de Cadastro no Laboratório: