



LABORATÓRIO COSTA ROSA

PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

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

Rua Riachuelo, nº 238 - Com.: (67) 3461-5345 - (67) 3561-5476
Centro - CEP 79.950-000 - Naviraí/MS Cel.: 99205-6763
www.laboratoriocostarosa.com.br / e-mail: laboratoriocostarosa@uol.com.br

REQUISIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

ANATOMO PATOLÓGICO: Biópsia Peça Cirúrgica Simples Peça Complexa

Líquor / LCR Descarga mamilar D E Líquido pericárdico

CITOPATOLÓGICO: Linfa Escovado brônquico Líquido ascítico Urina
 "Imprint" Lavado brônquio Líquido sinovial Líquido pleural

ESPAÇO PARA ETIQUETA
DO LABORATÓRIO

Médico/Unidade Solicitante:

Categoria do Paciente: Particular Nome do Convênio:

N.º do Convênio:

DADOS DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE (A) CIVIL:

Nome Social (quando aplicável):

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade:	Sexo Biológico: M () F () Gênero
--	--------	------------------------------------

Identidade N.º:	CPF:	N.º Prontuário:
-----------------	------	-----------------

Endereço:	N.º:	Bairro:
-----------	------	---------

Cidade:	UF:	CEP:	Fone:
---------	-----	------	-------

Cor/Raça:	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Asiática
-----------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Nome da Mãe:

DADOS CLÍNICOS/HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

MATERIAL A EXAMINAR:

LOCAL DO CORPO QUE FOI RETIRADO O MATERIAL:

EXAMES SOLICITADOS:	DATA DA RETIRADA/COLETA: ____ / ____ / ____
---------------------	--

HORA DO INÍCIO DA FIXAÇÃO:	QUANTIDADE DE FRASCOS ENVIADOS:
----------------------------	---------------------------------

MÉDICO REQUISITANTE:	DDD/FONE DE CONTATO DO MÉDICO:
----------------------	--------------------------------

Carimbo - CRM e Assinatura do Médico

ESPAÇO RESERVADO PARA ANOTAÇÕES DO LABORATÓRIO:

Data de Recebimento pelo Laboratório:	Data de Cadastro no Laboratório:
---------------------------------------	----------------------------------

Código de Categoria:	Código de Procedência:
----------------------	------------------------