



# LABORATÓRIO COSTA ROSA

PATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

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

E CITOPATOLOGIA

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

## Solitação de Exames Colpacitológico/Biologia Molecular

### Exames solicitados (assinalar os desejados)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Citolgia Convencional  | <input type="checkbox"/> Genotipagem HPV (Baixo e Alto Risco - 29 genótipos)                 |
| <input type="checkbox"/> Citolgia em Meio Líquido   | <input type="checkbox"/> Painel HPV - Detecção e Genotipagem - 35 Genótipos                  |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia Trachomatis - Detecção por PCR                         | <input type="checkbox"/> Detecção de Patógenos Associados à Candidíase                       |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoeae - Detecção por PCR | <input type="checkbox"/> Detecção e Quantificação por PCR de Patógenos Associados à Vaginose |
| <input type="checkbox"/> Neisseria Gonorrhoeae - PCR                                      | <input type="checkbox"/> Detecção Molecular de <i>Mycobacterium spp</i>                      |

### 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 ( ) Gênero

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:

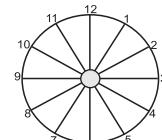
Uso de TH: Sim  Não  Tempo de uso:

### 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: