

# 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

☐ Citologia em Meio Líquido

☐ Chlamydia Trachomatis - Detecção por PCR

☐ Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoeae - Detecção por PCR

☐ Neisseria Gonorrhoeae - PCR

☐ Genotipagem HPV  
(Baixo e Alto Risco - 29 genótipos)

☐ Painel HPV - Detecção e  
Genotipagem - 35 Genótipos

☐ Detecção de Patógenos  
Associados à Candidíase

☐ Detecção e Quantificação por PCR  
de Patógenos Associados à Vaginose

☐ Detecção Molecular de *Mycobacterium* spp

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 TOCAGINECOLÓGICA

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: \_\_\_\_\_

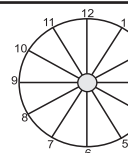
Uso de TH: Sim ☐ Não ☐ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_