



# 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, 238 - Com: (67) 3461-5345 - (67) 3561-5476 - Centro - CEP 79.947-106 - Naviraí - MS - Cel: 99205-6763 - www.laboratoriocostarosa.com.br - e-mail: laboratoriocostarosa@uol.com.br

## Solicitação de Exames Colpocitológico e Biologia Molecular

### Exames solicitados (assinalar os desejados)

- |                                                                                           |                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Citologia Convencional                                           | <input type="checkbox"/> Genotipagem HPV (Baixo e Alto Risco - 29 genótipos)                 |
| <input type="checkbox"/> Citologia 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</i> spp                      |
| <input type="checkbox"/> Detecção de IST'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 CIVIL DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_

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 ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela ☐

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA ATUAL

Sangramento Vaginal: Sim ☐ Não ☐ Cauterização do Colo Uterino: Sim ☐ Não ☐

Corrimento: Sim ☐ Não ☐ Características: \_\_\_\_\_

Outras Informações: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA TOCOGINECOLÓGICA

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

G: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

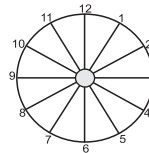
Uso de Terapia Hormonal: Sim ☐ Não ☐ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

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