

REQUISIÇÃO MÉDICA - ANATOMIA PATOLÓGICA

Identificação do Paciente

Nome completo: _____

CPF/RG: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

DN: _____

Prontuário: _____ Atendimento: _____

Mãe: _____

Data/Hora de coleta: ____/____/____

Identificação da amostra

Topografia, região anatômica de obtenção da amostra

Orientação: descreva todas as amostras, quantidade e região de coleta. Descrição de amostra:

Quantidade de frascos/sacos cirúrgicos: (/)

Obtenção da amostra

Biópsia incisional Biópsia excisional Peças cirúrgicas PAAF

Punções e raspados Outros: _____

Exames solicitados

Histopatológico Citologia PAAF Citologia Oncótica Revisão de exame

Imuno-histoquímica Imunofluorescência Microscopia Eletrônica

Hibridização in situ – FISH/CISH: _____

Biologia molecular – PCR/NGS: _____

Dados clínicos

Hipótese diagnóstica: _____

Informações clínicas e exames relevantes: _____

Médico solicitante

Nome: _____ CRM: _____

Telefone: () _____ Carimbo e assinatura: _____

E-mail: _____

Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, documento de identidade nº, declaro que estou ciente que o material biológico acima descrito será encaminhada para o Laboratório de Apoio Theolab Saúde: Irajá/ Rj Tel.: 30856035 - Ramal Patologia.

Cidade: _____ Data: _____ de _____ 20____.

Assinatura: _____

