



patologia

Exame de Papanicolaou

Requisição para exames

Nome: _____
Idade: _____ Uso de DIU _____
Última menstruação: ____/____/____ Uso ACO OU TRH: _____
Dados clínicos: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Coloscopia: _____
Teste de Schiller: _____

Exames anteriores: _____
Cirurgia ginecológica: _____
Radioterapia ou quimioterapia: _____
Data: ____/____/____

Assinatura - Médico requisitante

Esta requisição faz parte do exame e deverá acompanhar o material coletado.



patologia

Exame de Papanicolaou

Requisição para exames

Nome: _____
Idade: _____ Uso de DIU _____
Última menstruação: ____/____/____ Uso ACO OU TRH: _____
Dados clínicos: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Coloscopia: _____
Teste de Schiller: _____

Exames anteriores: _____
Cirurgia ginecológica: _____
Radioterapia ou quimioterapia: _____
Data: ____/____/____

Assinatura - Médico requisitante

Esta requisição faz parte do exame e deverá acompanhar o material coletado.



patologia

Exame de Papanicolaou

Requisição para exames

Nome: _____
Idade: _____ Uso de DIU _____
Última menstruação: ____/____/____ Uso ACO OU TRH: _____
Dados clínicos: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Coloscopia: _____
Teste de Schiller: _____

Exames anteriores: _____
Cirurgia ginecológica: _____
Radioterapia ou quimioterapia: _____
Data: ____/____/____

Assinatura - Médico requisitante

Esta requisição faz parte do exame e deverá acompanhar o material coletado.



patologia

Exame de Papanicolaou

Requisição para exames

Nome: _____
Idade: _____ Uso de DIU _____
Última menstruação: ____/____/____ Uso ACO OU TRH: _____
Dados clínicos: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Coloscopia: _____
Teste de Schiller: _____

Exames anteriores: _____
Cirurgia ginecológica: _____
Radioterapia ou quimioterapia: _____
Data: ____/____/____

Assinatura - Médico requisitante

Esta requisição faz parte do exame e deverá acompanhar o material coletado.