

REQUISIÇÃO

Nome Clínica / Consultório / Hospital: _____

DADOS DO UTENTE

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: ____ Sexo: ____ Profissão: _____ Tel.: _____

NIF: _____ Sistema de saúde: _____ Nº Beneficiário: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ e-mail: _____

ENVIO DO RESULTADO:

Utente: ☐ Correio ☐ e-mail

☐ Clínica / Consultório / Hospital

PAGAMENTO:

☐ Transferência (anexar comprovativo ou enviar para o e-mail cellpath.ap@gmail.com)

NIB: 0079 0000 6819 3923 1018 5

☐ Cobrança para: _____
(se for a mesma morada não necessita de preencher)

◇ CITOLOGIA GINECOLÓGICA

☐ Meio Líquido ☐ Convencional

Local da Colheita: ☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Endocolo ☐ Exocolo ☐ Endométrio

Ciclo Menstrual: ☐ Regular ☐ Irregular **DUM:** ____/____/____ **Menopausa:** ____ anos

G ____ **P** ____ **A** ____ **Gravidez:** ____ semanas ☐ Puerpério

Contraceção: ☐ Hormonal ☐ DIU ☐ Outra _____ **Terapêutica Anterior:** _____

Informação Clínica: _____



◇ BIOLOGIA MOLECULAR

☐ Teste COBAS HPV ☐ Cinetec Plus ☐ HPV, Genotipagem (17 tipos) ☐ Pesquisa de: _____

◇ CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

☐ Líq. Pleural ☐ Líq. Ascítico ☐ Urina ☐ Outro: _____

Informação Clínica: _____

◇ EXAME HISTOLÓGICO:

☐ Biópsia ☐ Peça operatória _____

Nº de Recipientes: _____

Produto a enviar: _____

Informação Clínica: _____

Diagnóstico Clínico Proposto: _____

Data da Colheita: ____/____/____

Médico/a: _____ Nº Vinheta: _____