

Nome completo:

(Não abreviar)

Exame solicitado:

☐ Anatomopatológico

☐ Imunoistoquímica

(Especificar N° exame)

☐ Congelação

☐ Revisão de Lâminas

(Especificar N° exame)

☐ Exame Molecular

(Especificar Exame)

☐ Outros

(Especificar)

☐ Citopatológico

☐ Punção aspirativa (PAAF)

☐ Citologia oncótica

☐ Colpocitologia oncótica / Citologia ano-genital

Material (Órgão / Localização):

Procedimentos / Tipos de amostras:

Horário da coleta:

☐ Biópsia

☐ Ressecção / peça cirúrgica

☐ Ampliação de margens cirúrgicas

☐ Curetagem

☐ Punção

☐ Outros

(Especificar)

Exames anteriores:

☐ Não ☐ Sim

(Especificar resultados relevantes)

CID: **Tratamento prévio:** ☐ Sim ☐ Não ☐ QT ☐ RT

Dados / Hipóteses Clínicas:

Local do procedimento: ☐ Hospital / Clínica: ☐ Consultório:

Data:

/ /

Assinatura e carimbo:

Informações de pagamento: ☐ Convênio ☐ SUS ☐ Particular