

● **Requisição de exame de Tecidos, Secreções ou Líquidos**

N°  
**COLAR A ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI**

**Dados do Requisitante**

NOME	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M COR <input type="checkbox"/> BR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> IN PROFISSÃO
DATA DE NASCIMENTO	/ / NOME DA MÃE
CONVÊNIO	CÓDIGO
N° CARTÃO SUS	

**Material enviado**

<input type="checkbox"/> TRATO DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> URINA
<input type="checkbox"/> TRATO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> MAMA
<input type="checkbox"/> CÉREBRO	<input type="checkbox"/> CAVIDADE ORAL
<input type="checkbox"/> TIREÓIDE	<input type="checkbox"/> CANAL ANAL
<input type="checkbox"/> RINS	<input type="checkbox"/> PELE
<input type="checkbox"/> LINFONODOS	<input type="checkbox"/> OUTROS

**Amostra**

HISTOPATOLÓGICO:	CITOPATOLÓGICO:
<input type="checkbox"/> BIÓPSIA	<input type="checkbox"/> LÍQUIDOS ORGÂNICOS
<input type="checkbox"/> PEÇA CIRÚRGICA SIMPLES	<input type="checkbox"/> ESFOLIAÇÃO
<input type="checkbox"/> PEÇA CIRÚRGICA COMPLEXA	<input type="checkbox"/> PAAF
<input type="checkbox"/> TRANSOPERATÓRIO	<input type="checkbox"/> LAVADOS
<input type="checkbox"/> CORE BIOPSY	<input type="checkbox"/> ESCOVADOS

**Exames requisitados**

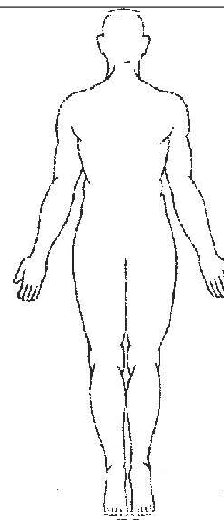
<input type="checkbox"/> CITOLOGIA CONVENCIONAL	<input type="checkbox"/> ANÁTOMO PATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> HIBRIDIZAÇÃO <i>In situ</i>
<input type="checkbox"/> CITOLOGIA MEIO LÍQUIDO	<input type="checkbox"/> TESTES BIOMOLECULARES	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> IMUNOHISTOQUÍMICA	Especificar: _____	Especificar: _____

**Descrição do material enviado:**

**Dados Clínicos:**

**Dados Cirúrgicos:**

**Dados Laboratoriais:**



REQUISITANTE	Assinatura e Carimbo (CRM)
HORÁRIO DA COLETA : h DATA / / LOCAL	
Informações sobre colheita, conservação e transporte das amostras: acesse nosso site: <a href="http://www.ipdlaboratorios.com.br">www.ipdlaboratorios.com.br</a>	

**IMPORTANTE**

O recebimento das amostras para exames está condicionado às identificações de paciente e médico, e às informações clínicas e laboratoriais "legíveis" bem como data e hora da coleta, nas correspondentes requisições conforme as normas do(a) **CFM, AMB, ANVISA, ONA, SBP, SBC E SBPC**.

<b>DADOS OBRIGATORIOS PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL</b>	Nota Fiscal em nome de: _____
	CPF OU CNPJ: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____
	Endereço completo: _____
	CEP: _____ Cidade: _____

\* Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio. Imprimir somente para uso imediato.

\* Rastreabilidade interna: Requisição de Exames Tecidos, Secreções e Líquidos, disponível em GPS/Modelo de Requisição de Exames Histopatológicos e Citopatológicos/Requisição de Exame Tecidos Líquidos e Secreções