



Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_ Gênero de Identif.: \_\_\_\_\_

Sexo Biológico: Masc.  Fem.  DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Particular  Fatura  Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_ Nº Carteira: \_\_\_\_\_

Nº de frascos: \_\_\_\_\_ Nº de lâminas: \_\_\_\_\_ Data da Entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CITOPATOLÓGICO**

Convencional  Meio Líquido

Vagina  Ecto  Endo

Vulva  Anal

PAAF de \_\_\_\_\_

Raspado de \_\_\_\_\_

Descarga Mama - Dir.  Esq.

Outro: \_\_\_\_\_

**BIOLOGIA MOLECULAR**

**HPV**

Captura híbrida alto e baixo risco

PCR - Genotipagem 16/18 e outro 12 tipos de Alto Risco

PCR - Genotipagem 28 tipos de Alto e Baixo Risco

PCR - Genotipagem 35 tipos Flow chip

**Painel IST's**

CT  NG  TV  MICO  UREA

HHV 1 e 2

Outro: \_\_\_\_\_

**HISTOPATOLÓGICO - BIÓPSIA**

incisional de: \_\_\_\_\_

excisional de: \_\_\_\_\_

completa  parcial

margem marcada  \_\_\_\_\_

Curetagem de: \_\_\_\_\_

Vulva  Vagina  Colo

Endométrio  Mama

Outro: \_\_\_\_\_

Imuno-histoquímica, se necessário, para complementação diagnóstica.

**ALTER. ESPECULARES / COLPOSCOPIA / VIDEOHISTEROSCOPIA**

Colo  Sem alterações

frível  erosado  sangrante

Mácula rubra

Área aceto-branca

Schiller (+)  \_\_\_\_\_

Mosaico  Pontilhado

Vulva - verruga  área

hipocrômica  hipercrômica

Lesão  \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

Endométrio - 1ª fase  2ª fase

menstrual  atrófico

medicamentoso

Lesão  \_\_\_\_\_

Mioma  \_\_\_\_\_

Pólipo  \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

**HDA / HIPÓTESES**

Rotina  S.U.A

de contato  pós-menopausa

Sinorragia

Parceiro com DST

Cervicite  Condiloma

LIEAG  LIEBG

Carcinoma  Adenocarcinoma

Outro: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÃO**

AC - oral  injetável

DIU  Diafragma

Hormonal  Tipo: \_\_\_\_\_

Não usa hormônio

**HPP**

ASC-US  ASC-H  LSIL

SIL-AG  ACG - SOE

NEO

Adenocarcinoma  CA Esc.

HPV  HIV  HSV

**TRATAMENTO**

RTX  QT  TRH

Histerect. - Total  Subtotal

Conização  Mastectomia

Outro: \_\_\_\_\_

**ASS. DO MÉDICO E CARIMBO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO (RESOLUÇÃO CFM 2169/2017)**

Eu, \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_ Identidade nº \_\_\_\_\_ declaro, para os

devidos fins, que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o

**LABORATÓRIO DE PATOLOGIA HE** e, se necessário, para serviços de apoio diagnósticos com os quais

mantém contrato. Autorizo, inclusive, a remessa do resultado para:

e-mail do médico solicitante  malote para o consultório / hospital / clínica

e-mail do próprio paciente/responsável  Outro

e-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_