



LABORATÓRIO DE
PATOLOGIA
medicina diagnóstica

PATOLOGIA GINECOLÓGICA

espaço reservado ao
laboratório para identificação
única da amostra

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 ☐
friável ☐ eroso ☐ 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 ☐
Sinusorragia ☐
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: _____

Responsável Técnica: Dra. Rosemary Nascimento CRM: 52.322977 / Patologista RQE: 9414 / Citopatologista RQE: 15531

Av. 28 de Setembro, 389 - sala 317 - Vila Isabel - RJ - CEP: 20551-031 CNPJ: 35.855.386/0001-06

☎ (21) 2576-9667 / (21) 2576-2889

☎ (21) 99736-7357

✉ labhe.com.br

✉ labhe@labhe.com.br