



ANATOMIA
PATOLÓGICA
E CITOLOGIA

Dr. Carlos Floriano de Moraes
CRM-PR 11.366 - (Resp. Técnico)
RQE: Patologia 5291, Citologia 19.193



USO INTERNO

(* CAMPO OBRIGATÓRIO).

*PACIENTE: _____

*D.N.: ____/____/____ IDADE: _____ *CPF: _____

*NOME DA MÃE: _____

ESPAÇO PARA RESULTADO

E-mail: _____ N°CELULAR: _____

ENDEREÇO: _____ N°: _____ BAIRRO: _____

CIDADE/CEP: _____ PARTICULAR: _____

CONVÊNIO: _____ CARTEIRINHA: _____ GUIA: _____

OBS: DATA DE RETORNO DO PACIENTE: (OBRIGATÓRIO) _____

 CITOLOGIA CONVENCIONAL CITOLOGIA EM MEIO LÍQUIDO Liqui-Prep Cell-Preserv Gino-Prep CAPTURA HÍBRIDA HPV Alto e Baixo Risco Painel DST (CT/NG/MG/Mhom/Tvag/Urea/Upav) Chlamydia/Neisseria Ureaplasma/Mycoplasma Herpes Simples 1 e 2 ECTOCÉRVICE ENDOCÉRVICE VAGINA

D.U.M.: ____/____/____

 GRAVIDEZ ANOVULATÓRIO PRURIDO HISTERECTOMIA PUERPÉRIO/LACTAÇÃO DIU SANGRAMENTO MENOPAUSA EROSÃO LEUCORRÉIA ANTECEDENTES ATROFIA ECTOPIA ODOR _____**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu,....., portador(a) do CPF N°..... declaro para devidos fins que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o Laboratório A.P.C. Cujas Normas no verso li. Situado na Rua Riachuelo, N° 2070, Centro, Cascavel, Paraná, cujo Resp. Técnico é o Dr. Carlos Floriano de Moraes, para a realização dos exames da Anatomia Patológica e Citopatologia por seus prestadores de serviço. Declaro que li as "Normas Gerais sobre os Exames" no verso dessa requisição.

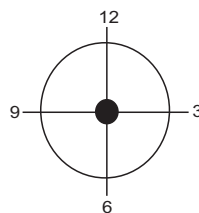
HISTÓRIA CLÍNICA, ANTECEDENTES, TERAPÊUTICA, ACHADOS FÍSICOS, RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, COLPOSCÓPICOS, CIRÚRGICOS, EXAMES LABORATORIAIS E EXAMES ANTERIORES.



e-mail: atendimento@labapc.com.br

site: www.labapc.com.br

Laudos disponíveis na internet



Declaro que informei ao paciente as normas gerais de envio de exame ao laboratório APC
Carimbo e Assinatura do Médico

HORA DA COLETA: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO PACIENTE _____