LABORATÓRIO

APC

ANATOMIA
PATOLÓGICA
E CITOLOGIA

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

Sociedade Brasileira de PATOLOGIA

(* CAMPOS OBRIGATÓRIOS).

*PACIENTE:_____

*D.N:_____/_____/_____ IDADE:_____ GÊNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ OUTROS *CPF:_____

*NOME DA MÃE:_____

E-mail:_____ N° CELULAR:_____

ENDEREÇO:_____ Nº:_____ BAIRRO: _____

CIDADE:_____ CEP:_____

*CONVÊNIO: _____ *CARTEIRINHA:_____ *GUIA: _____

*PARTICULAR/VALOR: _____ *DATA DE RETORNO DO PACIENTE:_____/_____/_____

☐ *ANATOMOPATOLÓGICO: ÓRGÃO/LOCAL:_____ Nº de Frascos:_____

☐ *PUNÇÃO/BIÓPSIA ASPIRATIVA: LOCAL:_____ Nº de Frascos:_____

☐ *CITOLOGIA DE LÍQUIDOS: TIPO DE FLUÍDOS:_____ Nº de Frascos:_____

☐ *IMUNO-HISTOQUÍMICA:PAINEL/MARCADORES:_____

FRASCO 01:_____ FRASCO 06:_____

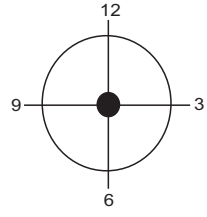
FRASCO 02:_____ FRASCO 07:_____

FRASCO 03:_____ FRASCO 08:_____

FRASCO 04:_____ FRASCO 09:_____

FRASCO 05:_____ FRASCO 10:_____

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 acima li.Situado na Rua Riachuelo,Nº 2070, Centro, Cascavel Paraná, cujo RT. é o Dr. Carlos Floriano de Morais, para a realização dos exames da Anatomia Patológica e Citopatologia por seus prestadores de serviço. Declaro que li as ''Normas Gerais sobre os Exames''.

Ass. paciente:_____ Data:_____/_____/_____

_____

MÉDICO SOLICITANTE MÉDICO EXECUTOR

Declaro que informei ao paciente as normas gerais de envio de exame ao laboratório APC que está no verso dessa requisição.

HORA DA COLETA: ____/____/____ DATA DA COLETA:____/____/____