



ANATOMIA  
PATOLÓGICA  
E CITOLOGIA

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



**PICQ**  
Programa de Incentivo ao  
Controle de Qualidade

(\* CAMPO OBRIGATÓRIO).

\*PACIENTE: \_\_\_\_\_

\*D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ GÊNERO: ☐ M ☐ F ☐ OUTROS CPF: \_\_\_\_\_

\*NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ N°CELULAR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

\*CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ \*CARTEIRINHA: \_\_\_\_\_ \*GUIA: \_\_\_\_\_

\*PARTICULAR/VALOR: \_\_\_\_\_ \*DATA DE RETORNO DO PACIENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

USO INTERNO  
LAB. APC

☐ \*CITOLOGIA CONVENCIONAL

☐ \*CITOLOGIA EM MEIO LÍQUIDO

☐ ECTOCÉRVICE

☐ ENDOCÉRVICE

☐ VAGINA

☐ D.U.M.: \_\_\_\_\_

☐ ATROFIA

☐ ANOVULATÓRIO

☐ ODOR

☐ ECTOPIA

☐ EROSIÃO

☐ HISTERECTOMIA

☐ GRAVIDEZ

☐ DIU

☐ PRURIDO

☐ OUTROS \_\_\_\_\_

☐ MENOPAUSA

☐ PUERPÉRIO/LACTAÇÃO

☐ LEUCORRÉIA

☐ SANGRAMENTO

☐ ANTECEDENTES \_\_\_\_\_

☐ \*BIOLOGIA MOLECULAR:

☐ HPV Alto e baixo risco (Biologia Molecular)

☐ HPV Alto risco com Genotipagem 16 e 18 PCR

☐ HPV Genotipagem 35 tipos - Flow Chip

☐ Painel IST - PCR

☐ Clamídia/Gonococos - PCR

☐ Mycoplasma Hominis/Ureaplasma Ueralyticum - PCR

☐ Painel de Vaginose Bacteriana

☐ Herpes Simples 1 e 2 - PCR

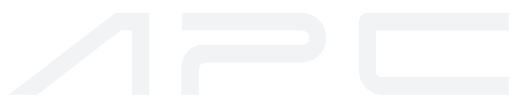
☐ Painel de Cândida

☐ Painel de Úlcera Genital

☐ Painel Trombofílico

☐ Candida Albicans - PCR

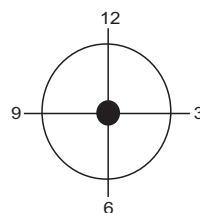
HISTÓRIA CLÍNICA, ANTECEDENTES, TERAPÊUTICA, ACHADOS FÍSICOS, RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, COLPOSCÓPICOS, CIRÚRGICOS, EXAMES LABORATORIAIS E EXAMES ANTERIORES.



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, N° 2070, Centro, Cascavel - Paraná, cujo RT. 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".

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