

# LABORATÓRIO COSTA ROSA

## PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

Médico Patologista e Citopatologista/Responsável Técnico  
CRM-MS 4780 / N.º de Reg. de Especialidade 2693

Rua Riachuelo, nº 238 - Com.: (67) 3461-5345 - (67) 3561-5476

Centro - CEP 79.950-000 - Navirai/MS Cel.: 99205-6763

www.laboratoriocostarosa.com.br / e-mail: laboratoriocostarosa@uol.com.br

## Solitação de Exames Colpocitológico/Biologia Molecular

### Exames solicitados (assinalar os desejados)

- |                                                                                           |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Citologia Convencional                                           | <input type="checkbox"/> Genotipagem HPV<br>(Baixo e Alto Risco - 29 genótipos)                 |
| <input type="checkbox"/> Citologia em Meio Líquido                                        | <input type="checkbox"/> Painel HPV - Detecção e<br>Genotipagem - 35 Genótipos                  |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia Trachomatis - Detecção por PCR                         | <input type="checkbox"/> Detecção de Patógenos<br>Associados à Candidíase                       |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoeae - Detecção por PCR | <input type="checkbox"/> Detecção e Quantificação por PCR<br>de Patógenos Associados à Vaginose |
| <input type="checkbox"/> Neisseria Gonorrhoeae - PCR                                      | <input type="checkbox"/> Detecção Molecular de <i>Mycobacterium</i> spp                         |

ESPAÇO PARA ETIQUETA  
DO LABORATÓRIO

Médico/Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_

Categoria do Paciente: ☐ Particular

☐ Nome do Convênio: \_\_\_\_\_ N.º do Convênio: \_\_\_\_\_

### DADOS DO PACIENTE:

NOME DO(A) PACIENTE CIVIL: \_\_\_\_\_

Nome Social (quando aplicável): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo Biológico: M ( ) F ( ) Gênero

Identidade N.º: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ N.º Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Cor/Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA ATUAL

Sangramento Vaginal: ☐ Sim ☐ Não Cauterização: ☐ Sim ☐ Não

Corrimento: ☐ Sim ☐ Não Característica: \_\_\_\_\_

Outras Informações: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA TOCAGINECOLÓGICA

Ciclos Regulares: ☐ Sim ☐ Não DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Atividade Sexual: ☐ Sim ☐ Não

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_ Gravidez: ☐ Sim ☐ Não

Idade Menopausa: \_\_\_\_\_ Tempo de Menopausa: \_\_\_\_\_ DIU: ☐ Sim ☐ Não

Tipo de Menopausa: ☐ Natural ☐ Cirúrgica ☐ Radioterápica

### USO DE HORMÔNIOS

Uso de Anticoncepcional: Sim ☐ Não ☐ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

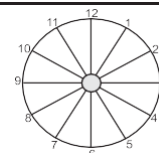
Uso de TH: Sim ☐ Não ☐ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

### EXAME ESPECULAR

Colo: \_\_\_\_\_

Vagina: \_\_\_\_\_

Conteúdo Vaginal: \_\_\_\_\_



MÉDICO REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

DDD/FONE DE CONTATO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

Carimbo - CRM e Assinatura do Médico

Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ESPAÇO RESERVADO PARA ANOTAÇÕES DO LABORATÓRIO:

Data de Recebimento pelo Laboratório: \_\_\_\_\_

Data de Cadastro no Laboratório: \_\_\_\_\_