

RQ 0813 - REQUISIÇÃO DE EXAME DE ONCOLOGIA - MGMT

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

RG: _____

Médico requisitante: _____ CRM: _____

Hospital/Laboratório: _____ E-mail: _____

Endereço: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Carimbo e assinatura: _____

Dados do exame solicitado:

Data da coleta: _____

Material: _____

Responsável pela coleta: _____

Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD):

☐ Diagnóstico ☐ Acompanhamento ☐ Tempo de diagnóstico: _____

Recebeu quimioterapia? ☐ Não ☐ Sim. Qual?

Histórico pessoal de câncer? ☐ Não ☐ Sim

Local do câncer: _____ Idade ao diagnóstico: _____

Histórico familiar de câncer? ☐ Não ☐ Sim

Parentesco: _____ Local do câncer: _____ Idade ao diagnóstico: _____