

## RQ-0798 REQUISIÇÃO MÉDICA - ANATOMIA PATOLÓGICA

### Identificação do Paciente

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPG/RG: \_\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

DN: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Data/Hora de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_

### Identificação da amostra

**Topografia, região anatômica de obtenção da amostra**

Orientação: descreva todas as amostras, quantidade e região de coleta.

Descrição de amostra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantidade de frascos/sacos cirúrgicos: (     /     )

### Obtenção da amostra

 Biópsia incisional  Biópsia excisional  Peças cirúrgicas  PAAF Punções e raspados  Outros: \_\_\_\_\_

### Exames solicitados

 Histopatológico  Citologia PAAF  Citologia Oncótica  Revisão de exame Imuno-histoquímica  Imunofluorescência  Microscopia Eletrônica Hibridização in situ – FISH/CISH: \_\_\_\_\_ Biologia molecular – PCR/NGS: \_\_\_\_\_Acesse o portfólio de exames  
do DB Patologia através do  
QR Code:

### Dados clínicos

Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informações clínicas e exames relevantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Médico solicitante

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefone: (     ) \_\_\_\_\_ Carimbo e assinatura:

E-mail: \_\_\_\_\_

### Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identidade nº, declaro que estou ciente que o material biológico acima descrito será encaminhada para o Laboratório: DB Patologia  
Endereço: Av Victor Andrew, nº 1470 – Zona Industrial – Sorocaba/SP Tel.: 0800 643 0376.

Cidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_