



DB

PATOLOGIA

RQ 0535 - Exame de Papanicolaou

Requisição para exame

Nome: _____

Idade: _____ Uso de DIU: _____

Última menstruação: ____/____/____ Uso ACO ou TRH: _____

Dados clínicos: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Coloscopia:
Teste de Schiller:



Exames anteriores: _____

Cirurgia ginecológica: _____

Radioterapia ou quimioterapia: _____

Data: ____/____/____

Assinatura - Médico requisitante

Esta requisição faz parte do exame e deverá acompanhar o material coletado.