

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: _____