

## RQ-0798 REQUISIÇÃO MÉDICA - ANATOMIA PATOLÓGICA

\*Todos os dados são imprescindíveis

## Identificação do paciente

Nome civil (se não houver etiqueta): \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_

Sexo biológico:

- Feminino  
 Masculino  
 Indefinido (genitália ambígua)

Identidade de gênero:

- Feminino  
 Masculino  
 Outros: \_\_\_\_\_

CPG/RG: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_