

## 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 ambigua)

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: \_\_\_\_\_