

RQ-0798 REQUISIÇÃO MÉDICA - ANATOMIA PATOLÓGICA

***Todos os dados são imprescindíveis**

Identificação do paciente

Nome civil: _____

Nome social: _____

Sexo biológico:

Feminino

Masculino

Indefinido (genitália ambigua)

Identidade de gênero:

Feminino

Masculino

Outros: _____

CPF/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: _____