



## Requisição de Exame Anatomopatológico

Exame(s) requisitado(s) por \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Beneficiário de \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Contrib. Nr. \_\_\_\_\_

### Requisita-se:

Ex. histológico

Ex. citológico (não ginecológico)

Ex. per operatório

Ex. imunocitoquímico

Outro / Biologia molecular

### Informações clínicas

Diagnóstico clínico \_\_\_\_\_

Localização da lesão \_\_\_\_\_ Evolução da lesão \_\_\_\_\_

Exame(s) anterior(es) \_\_\_\_\_

Outras informações \_\_\_\_\_

Questões que deseja ver respondidas \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

vinheta

O Médico

