



Requisição de Exames Ginecológicos

Exame(s) requisitado(s) por _____

Para _____

Data de nascimento ___/___/_____ Tel. _____

Morada _____

_____ Email _____

Beneficiário de _____ Nr. _____ Contrib. Nr. _____

Requisita-se:

Citologia convencional

Citologia líquida ThinPrep™

Coteste (COBAS® HPV + ThinPrep™)

Aptima HPV

Roche COBAS® HPV

Genotipagem HPV (Linear Array)

Cintec Plus (p16 + Ki 67)

Pesquisa de Chlamydia trachomatis e
Neisseria gonorrhoeae

Pesquisa de Mycoplasma genitalium

Pesquisa de Ureaplasma urealyticum

Pesquisa de HSV 1 e 2

Pesquisa de CMV

Informações clínicas:

Vacina contra HPV: Não

Sim

Se SIM, indique data: ___/___/_____

Data última menstruação: ___/___/_____

Contraceção: Hormonal

DIU

Outro _____

Exames anteriores

Tratamento(s): _____

THS

Outros: _____

Observações / Outras informações: _____

___ / ___ / 20__

vinheta

O Médico

