

## Requisição de Exame Anatomopatológico

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

Para: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Andar: \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Benef. de: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

### REQUISITA-SE:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EXAME HISTOLÓGICO<br><input type="radio"/> Biópsia <input type="radio"/> Peça | <input type="checkbox"/> EXAME CITOLÓGICO NÃO GINECOLÓGICO<br><input type="checkbox"/> EXAME IMUNOHISTOQUÍMICO |
| <input type="checkbox"/> BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA  | <input type="checkbox"/> BIOLOGIA MOLECULAR  |

Natureza do produto: \_\_\_\_\_

Informação clínica: \_\_\_\_\_

Exames anteriores: \_\_\_\_\_

Data e hora de colheita\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m

O Médico

\* Importante para avaliação do tempo de isquemia fria e de fixação dos tecidos

vinheta