



N.º:	_____ / _____
Entrada:	_____ / _____ / _____
Saída:	_____ / _____ / _____

**Instituto de Anatomia Patológica**

Directora: Prof.ª Lina Carvalho

**REQUISIÇÃO DE EXAME CITOLÓGICO - GINECOLÓGICO**

Nome do doente:	_____
Contribuinte N.º:	_____
Sexo:	_____
Data de Nascimento:	_____ / _____ / _____ (_____ anos)
Profissão:	_____
Estado civil:	_____
Naturalidade:	_____
Residência:	_____
Telefone:	_____
Serviço de assistência:	_____, n.º _____

Hospital / serviço requisitante:	_____
Processo n.º:	_____
Médico:	_____
Telefone:	_____

Local da colheita:	<input type="checkbox"/> Vag <input type="checkbox"/> Exoc <input type="checkbox"/> Endoc <input type="checkbox"/> Endom <input type="checkbox"/> Vulva
Ciclo menstrual:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular
Última menstruação:	_____ / _____ / _____
Gravidez:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim semanas: _____
Menopausa:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ / _____ / _____
Citologia anterior:	N.º _____
Actividade sexual:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Contraceção:	<input type="checkbox"/> Hormona <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Outra: _____
Terapêutica anterior:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____

<input type="checkbox"/> Informação Clínica:	_____
<input type="checkbox"/> Informação colposcópica:	_____ _____ _____

O médico requisitante:	_____
Data:	_____ / _____ / _____