



N.º:	____ / ____ / ____
Entrada:	____ / ____ / ____
Saída:	____ / ____ / ____

**Instituto de Anatomia Patológica**

Directora: Prof.ª Lina Carvalho

**REQUISIÇÃO DE EXAME CITOLÓGICO - NÃO GINECOLÓGICO**

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

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

<b>Natureza do produto:</b>	<input type="checkbox"/> Líquido pericárdio	<input type="checkbox"/> Escovado brônquico	<input type="checkbox"/> P.A. ovário
	<input type="checkbox"/> Líquido pleural	<input type="checkbox"/> Aspirado brônquico	<input type="checkbox"/> P.A. osso
	<input type="checkbox"/> Líquido ascítico	<input type="checkbox"/> Expectoração	<input type="checkbox"/> P.A. tiróide
	<input type="checkbox"/> lavado peritoneal	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> P.A. gânglio
	<input type="checkbox"/> L.C.R.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> P.A. mama
<b>Fixação</b>	<input type="checkbox"/> Seco ao ar	<input type="checkbox"/> Spray	<input type="checkbox"/> Álcool

<b>Informação clínica:</b>	_____ _____ _____
----------------------------	-------------------------

<b>Exames anteriores (n.º):</b>	_____
<b>Resultado</b>	_____ _____ _____

<b>O médico requisitante:</b>	_____
<b>Data:</b>	____ / ____ / ____