



Nome: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Cont. n.º \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_  
 Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

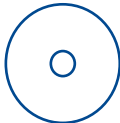
**DADOS PARA FATURAÇÃO:** Utente  Clínica  Seguradora  \_\_\_\_\_

**Formas de Pagamento:** MB  | €  | Ch.  | Outro   
 Transferência Bancária **IBAN PT50 0010 0000 247 307 900 0124** - enviar comprovativo  
 A sua amostra será processada após confirmação de pagamento. Se tiver alguma dúvida, por favor contacte-nos.

**ENVIO DE RESULTADOS:**  
 Utente  E-mail  \_\_\_\_\_ Clínica  URGENTE  para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS / IDENTIFICAÇÃO MATERIAL**

**A. CITOLOGIA GINECOLÓGICA** Meio Líquido  Convencional  1L  2L

**Local da colheita:** Vulva  Vagina  Exocolo  Endocolo  Endométrio  **Ciclo Menstrual:** Reg  Irreg   
**Últ. Menst.** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Grav.** \_\_\_\_ semanas **Menop.** \_\_\_\_ anos **Contracep.** Horm  DIU  Quím.  Outro   
**G** \_\_\_\_ **P** \_\_\_\_ **A** \_\_\_\_ **T. H. S.** Sim  (mês/anos) \_\_\_\_ Não  **Informação clínica** 

**B. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**  
 Pesquisa e Genotipagem HPV  Cintec Plus®  COBAS®  Outro  \_\_\_\_\_

**C. CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA**  
 Urina  Mama  Tiroide  Outro  \_\_\_\_\_

**D. HISTOLOGIA**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico Requiritante \_\_\_\_\_ C. Profissional n.º \_\_\_\_\_

**A PREENCHER PELO LABORATÓRIO**

N.º Frasco _____	Data ____/____/____	N.º Registo ____/____	
Declaro que recebi o diagnóstico,  Data, ____/____/____  Assinatura, _____	Admissão	Entradas	
	Processamento	Screening	

TIPOGRAFIA DE Fátima, Lda