

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 ☐

1 L

2 L

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 Requirante _____ 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