

Identificação do Paciente (Preenchimento obrigatório):		A preencher pela GenoMed:	
Colar etiqueta		Colar etiqueta(s)	
Nome:		Conferido por:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Médico Requisitante:		
Data Nascimento/Idade:	Hospital/Serviço:		
N.º de Identificação:	Contacto directo (Tel. ou email):		

Amostra:	Colheita: Data:/...../..... Hora:
ThinPrep® / Solução PreservCyt (Cytoc Corp.) <input type="checkbox"/>	
SurePath® (BD Diagnostics-TriPath) <input type="checkbox"/>	
cobas® (Roche Molecular Systems, Inc.) <input type="checkbox"/>	
Outro (com agente mucolítico) <input type="checkbox"/>	

Dados Clínicos/Informações Relevantes:

Resultados de genotipagem anteriores (se aplicável): _____ Data: __/__/____
 _____ Data: __/__/____

31760	VPH - Genotipagem do vírus do papiloma humano de alto risco	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Assinatura do Médico Requisitante: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Serviço de Anatomia Patológica / Dados da amostra

Médico responsável pela análise: _____

Hospital: _____ Telefone: _____

Nº Histológico enviado: _____

Comentários: _____

Data de envio ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE: Dra. Ana Carla Sousa (assousa@medicina.ulisboa.pt)/ Dra. Vânia Martins (vaniapmartins@medicina.ulisboa.pt)
Ext. 47301/21/10