

REQUISIÇÃO GENOTIPAGEM DE HPV



Identificação do Paciente (Preenchimento obrigatório): Colar etiqueta		A preencher pela GenoMed: 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: 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"/>	Colheita: Data:/...../..... Hora::.....
--	---

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

IMP 68.4

