

## REQUISIÇÃO DE EXAME CITOLÓGICO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário n°: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Cidade/estado: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

Deseja realizar pesquisa de fungos na amostra?

 SIM  NÃO Qual \_\_\_\_\_Fumante  SIM  NÃO Quantidade/tipo/tempo: \_\_\_\_\_Etilista  SIM  NÃO Quantidade/tipo/tempo: \_\_\_\_\_Histórico câncer  SIM  NÃO Tipo/localização: \_\_\_\_\_Radioterapia  SIM  NÃO Dose/tempo: \_\_\_\_\_Próteses bucais  SIM  NÃO Tipo/localização: \_\_\_\_\_

Localização da lesão: \_\_\_\_\_

Características clínicas da lesão: \_\_\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

E-mail para contato: \_\_\_\_\_

*Dados de uso do Laboratório:*

Número de registro: \_\_\_\_\_

Data de recebimento do exame: \_\_/\_\_/\_\_\_\_