Laboratório JPG Salete Silva

Médicos: Dra. Eugénia Pinto (Diretora Técnica)
Dr. Mário Oliveira • Dr. José Palla Garcia
Dra. Adelaide Milheiro

Exame Requisitado por: _____ Clínica: _____

Para: _____ Data de Nascimento: _____ Género: __

Beneficiário de:_____ Nº:_____ Telef.:_____

NIF:_____ Morada: _____

_____ Email: _____

Requisita-se:

Exame Histológico: Biopsia: ☐ Incisional ☐ Excisional ☐ Peça Cirúrgica

Exame Citológico não Ginecológico: ☐ Urina ☐ Líquido Pleural ☐ Líquido Ascítico ☐ Outro _____

Informação Clínica:

Produto a enviar: _____ Diagnóstico Clínico: _____

Tratamentos anteriores: _____

Observações / Informação adicional: _____

EXAME GINECOLÓGICO Requisita-se:

☐ Citologia Convencional ☐ Citologia líquida Thin Prep ☐ Tipagem HPV
☐ Genotipagem HPV ☐ Cintec Plus ☐ Citologia anal
☐ Hipermetilação Painel CCU ☐ Outro: _____

Pesquisa de:

☐ *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae* e *Mycoplama genitalium*
☐ T*richomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplama parvum e Mycoplasma hominis*
☐ Herpes vírus 1, Herpes vírus 2 e *Treponema pallidum*
☐ *Trichomonas vaginalis, Candida albicans e Gardnerella vaginalis*
☐ Painel Agentes Inf. Colo Uterino Completo (**com todos os agentes anteriores**)
☐ CMV (Citomegalovírus)
☐ Microbioma Vaginal *(Lactobacillus crispatus, Lactobacillus gasseri, Gardnerella vaginalis)*

Informação Clínica:

Data da Colheita: _____ Data última menstruação: _____

Vacina contra HPV: SIM ☐ NÃO ☐ Se SIM, qual: _____ Data: _____

Contraceção: Hormonal ☐ DIU ☐ Outro: _____

Tratamento(s) anteriores: _____

Observações / Informação adicional: _____

Data da colheita: _____

Médico Requisitante: _____

Vinheta
(Quando necessário)