



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

Pesquisa de:

*Chlamydia trachomatis* e  
*Neisseria gonorrhoeae*

*Mycoplasma genitalium*

*Ureaplasma Urealyticum*

HSV 1 e 2 (Herpes Simplex 1 e 2)

CMV (Citomegalovírus)

Painel Agentes Inf. Colo Uterino (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma Urealyticum*, *Ureaplasma parvum* e *Trichomonas vaginalis*)

Microbioma Vaginal (*Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus gasseri*, *Gardnerella vaginalis*)

Thin Prep + Tipagem HPV

Thin Prep + Tipagem HPV + Painel Agentes Inf. Colo Uterino

Thin Prep + Genotipagem HPV

Outro: \_\_\_\_\_

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)