



Laboratório JPG Salete Silva

laboratorio@labjpgsaletesilva.com // www.labjpgsaletesilva.com

Nome: _____
Idade: _____ Beneficiário de: _____ Nº: _____
Telef.: _____ Contribuinte nº _____ Clínica _____
Morada: _____

Tel.: 21 840 00 82

Fax: 21 847 23 10

Morada:

Rua Augusto Gil,

34 A / B

1000-075 Lisboa

Horário:

9h / 20h

Convenção com:

Entidades Públicas e
Privadas e diversas
Seguradoras.

Qualidade:

Certificado segundo a
norma EN ISO

9001:2015

Programa UK-NEQAS

Médicos:

Dra. Eugénia Pinto

(Directora Técnica)

Dr. Mário Oliveira

Dra. Adelaide Milheiro

Dra. Fernanda Cabrita

Dr. José Palla Garcia

// REQUISIÇÃO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS

Requisita-se:

Exame Histológico

Biópsia: incisional excisional

Peça Cirúrgica

Exame Citológico não Ginecológico

Urina

Líquido Pleural

Líquido Ascítico

Outro: _____

Observações / Informação adicional:

Informação Clínica:

Data da Colheita ____/____/____

Produto a enviar: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Tratamentos anteriores: _____

// EXAME GINECOLÓGICO

Requisita-se:

Citologia Convencional Citologia em Meio Líquido Superpap (COBAS HPV + Meio Líquido)

Aptima HPV Roche Cobas HPV Genotipagem HPV

Pesquisa de: *Chlamydia trachomatis* *Neisseria gonorrhoeae*

Mycoplasma genitalium Pesquisa de *Ureaplasma urealyticum*

Informação Clínica:

Local de Colheita: _____ Data de Colheita: ____/____/____

Data da última menstruação: ____/____/____ Contraceção: _____

Menopausa: _____ Tratamento(s): _____

Observações / Informação adicional:

Data ____/____/____

Médico Requirante: _____

Quando
necessário