

# Requisição de Exame Anatomopatológico



ANATOMIK  
Laboratório de Anatomia Patológica

## Direção Técnica

Dr<sup>a</sup> Celeste de Almeida Campos

## Especialistas

Dr. Pedro Soares de Oliveira

Dr. Ricardo Veiga

Dr. Pierpaolo Cusati (Dermatopatologia)

## Consultores

Dr<sup>a</sup> Fernanda Carvalho (Nefrologista)

Identificação da análise

Exame Urgente \* ☐

\*Justificação da urgência no campo informação clínica correspondente

### IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE (dados de preenchimento obrigatório)

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Sistema de Saúde \_\_\_\_\_ N.º Beneficiário \_\_\_\_\_

N.º CC/BI \_\_\_\_\_ N.º Identificação Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_ N.º de utente SNS \_\_\_\_\_

Enviar para Utente ☐ Consultório/Clínica/Hospital ☐ E-mail\* ☐ \_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS / IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO

☐ CITOLOGIA GINECOLÓGICA: ☐ Meio Líquido ☐ Convencional

Local da colheita: Vulva ☐ Vagina ☐ Exocolo ☐ Endocolo ☐ Endométrio ☐ Ciclo Menstrual: Reg ☐ Irreg ☐

DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grav.: ☐ \_\_\_\_ semanas Activ. Sexual: Sim ☐ Não ☐ I.O: G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_

Contraceção: Hormonal ☐ DIU ☐ Químico ☐ Outro ☐ \_\_\_\_\_

Coitorrugas: Sim ☐ Não ☐ Menopausa: Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_ anos T. H. S.: Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_ meses/anos

Exame clínico e colposcópico: \_\_\_\_\_

☐ MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Dupla Imunocitoquímica (Cintec) (P16/Ki67) ☐ Pesquisa e genotipagem de HPV (14 subtipos de alto risco): HPV ☐

Pesquisa de DST por PCR multiplex: Neisseria gonorrhoeae ☐ Trichomonas vaginalis ☐ Mycoplasma hominis ☐ Ureaplasma parvum ☐ Ureaplasma urealyticum ☐ Chlamydia trachomatis ☐ Mycoplasma genitalium ☐

☐ CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

Líquido Pleural ☐ Líquido Ascítico ☐ Lavado Peritoneal ☐ Escovado Brônquico ☐ P.A. Tiróide ☐ Urina ☐

P.A. Gânglio ☐ P.A. Mama ☐ Outro ☐ \_\_\_\_\_

Informações Clínicas: \_\_\_\_\_

☐ HISTOLOGIA

Produto: ☐ Biopsia de: \_\_\_\_\_ ☐ Peça operatória de: \_\_\_\_\_

Fixador: ☐ Formol ☐ Álcool ☐ Outro: \_\_\_\_\_ Data da colheita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Informação sobre o tipo de lesão, dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico clínico proposto: \_\_\_\_\_

Exames anátomo-patológicos anteriores: \_\_\_\_\_

Helicobacter pylori (Anticorpo) ☐ Imunohistoquímica ☐ \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Vinheta

(colocar sempre que não  
seja particular)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Ao assinalar o envio por e-mail consente que o relatório seja remetido por essa via.