



ipd

Instituto de
Preservação e
Desenvolvimento



REQUISIÇÃO DE EXAME DE TECIDOS, SECREÇÕES OU LÍQUIDOS

N°

COLAR A ETIQUETA
COM CÓDIGO DE
BARRAS AQUI

Dados do paciente:

NOME: _____ SEXO: ☐ F ☐ M
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: ____ COR: ☐ BR ☐ PR ☐ PD ☐ AM ☐ IN PROFISSÃO: _____
NOME DA MÃE: _____
CONVÊNIO: _____ MATRÍCULA: _____ CARTÃO SUS: _____

Dados para emissão de nota fiscal (se houver)

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
CPF/CNPJ: _____ CIDADE: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

Origem da amostra:

Sistema Digestivo

- ☐ Esôfago
- ☐ Estômago
- ☐ Vias biliares
- ☐ Fígado
- ☐ Vesícula biliar
- ☐ Pâncreas
- ☐ Intestino delgado
- ☐ Intestino grosso
- ☐ Apêndice
- ☐ Peritônio e omento
- ☐ Região Perianal

Sistema Cutâneo

- ☐ Pele
- ☐ Unha

Sistema Osteo-articular-muscular

- ☐ Sinóvia
- ☐ Articulação
- ☐ Nervo periférico
- ☐ Osso/Cartilagem
- ☐ Músculo esquelético

Sistema Nervoso Central

- ☐ Cérebro
- ☐ Vértebra

Sistema Genital Fem.

- ☐ Mama
- ☐ Ovário
- ☐ Tuba uterina
- ☐ Corpo uterino
- ☐ Mioma
- ☐ Endométrio
- ☐ Placenta
- ☐ Restos ovulares
- ☐ Embrião/Feto
- ☐ Colo uterino
- ☐ Vagina
- ☐ Vulva

Sistema Genital Masc.

- ☐ Pênis
- ☐ Próstata/Vesículas seminais
- ☐ Testículos/Anexos testiculares

Sistema Hematopoético

- ☐ Baço
- ☐ Linfonodo
- ☐ Medula óssea

Sistema Cardiovascular

- ☐ Coração/Válvulas
- ☐ Vasos Sanguíneos

Sistema Urinário

- ☐ Rim
- ☐ Ureter
- ☐ Bexiga

Sistema Respiratório

- ☐ Pleura
- ☐ Pulmão
- ☐ Mediastino
- ☐ Traqueia/Brônquio

Cabeça e Pescoço

- ☐ Olho
- ☐ Orelha
- ☐ Nariz/Seios da face
- ☐ Boca
- ☐ Laringe
- ☐ Amígdala
- ☐ Mandíbula/Maxilar
- ☐ Glândulas salivares
- ☐ Faringe

Sistema Endócrino

- ☐ Hipófise
- ☐ Tireoide
- ☐ Paratireoide
- ☐ Adrenal

Amostragem:

Histopatológica:

- ☐ Biópsia/Core biopsy
- ☐ CAF/Conização
- ☐ Peça cirúrgica simples
- ☐ Peça cirúrgica complexa
- ☐ Transoperatório

Citopatológica:

- ☐ PAAF
- ☐ Lavados
- ☐ Raspado
- ☐ Derrames
- ☐ Líquidos orgânicos

Exame(s) requisitado(s):

- ☐ Histopatológico
- ☐ Imunohistoquímica
- ☐ Imunofluorescência
- ☐ Citologia meio líquido
- ☐ Citologia convencional
- ☐ PCR HPV
- ☐ Teste biomolecular: _____
- ☐ Coloração especial: _____

Descrição da(s) amostra(s) enviada(s):

Dados clínicos:

Dados cirúrgicos:

Dados laboratoriais:

Dados do requisitante:

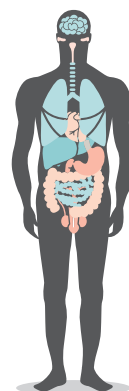
NOME: _____
HORÁRIO DA COLETA: ____ : ____ DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO

Importante: • O recebimento da amostra está condicionado à identificação de paciente e médico, informações clínicas e laboratoriais legíveis, bem como data e horário da coleta, conforme as normas do(a) CFM, ÂMB, ANVISA, ONA, SBP, SBC E SBPC.
• Para informações sobre coleta, conservação e transporte das amostras, acesse o nosso site www.ipdlaboratorios.com.br.
• Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Rastreabilidade interna: http://www.ipdlaboratorios.com.br/pdf/EXAME_TECIDOS_SECRECOES_E_LIQUIDOS.pdf

Versão 3 / Revisão 1



CNES
2760452

CRM MG
000091-4

CRFMG
23.937

MAPA
000113-9

REBLAS

Sistema Nacional
de Acreditação
patrocinado pela Sociedade
Brasileira de Análises Clínicas

