



REQUISIÇÃO DE EXAME DE ESFREGAÇO VAGINAL

N°

COLAR A ETIQUETA
COM CÓDIGO DE
BARRAS AQUI

Dados do paciente:

NOME: _____ SEXO: ☐ F ☐ M
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: ____ NOME DA MÃE: _____
CONVÊNIO: _____ MATRÍCULA: _____

Dados para emissão de nota fiscal (se houver)

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

Amostra:

- ☐ JEC ☐ Ectocérvice
☐ Vagina ☐ Endocérvice
☐ Fundo de saco ☐ _____

Dados ginecológicos:

Última menstruação: ____ / ____ / ____
DIU: ☐ NÃO ☐ SIM
Grávida: ☐ NÃO ☐ SIM
Radioterapia: ☐ NÃO ☐ SIM
Ultrassonografia: ☐ NÃO ☐ SIM
Anticoncepcional: ☐ NÃO ☐ SIM: _____
Hormônios: ☐ NÃO ☐ SIM: _____
Outro: _____

Exames requisitados:

- ☐ Citologia ginecológica convencional
☐ Citologia ginecológica camada líquida *
☐ E6/E7 HPV alto risco
☐ Testes biomoleculares ☐ HPV
☐ Chlamydia
☐ Gonorréia
☐ Herpes
☐ PAINEL DST ☐ *Trichomonas vaginalis*
Neisseria gonorrhoeae
Chlamydia trachomatis
Mycoplasma hominis
Mycoplasma genitalium
Ureaplasma urealyticum

*Obs. A amostra coletada para **Citologia Ginecológica Camada Líquida** ficará armazenada por **60 dias**, para a realização de **Testes Biomoleculares**, caso sejam necessários.

Achados colposcópicos:

Dados clínicos e laboratoriais:

Observações:

Dados do requisitante:

NOME: _____ ASSINATURA E CARIMBO
HORÁRIO DA COLETA: ____ : ____ DATA: ____ / ____ / ____

Importante: • O recebimento da amostra está condicionado à identificação do paciente e médico, informações clínicas e laboratoriais legíveis, bem como data e horário da coleta, conforme as normas do(a) CFM, AMB, ANVISA, ONA, SBP, SBC E SBPC.

- Para informações sobre coleta, conservação e transporte de 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_ESFREGACO_VAGINAL.pdf

Versão 3 / Revisão 1

