

Requisição de Exame Ginecológico

Exame(s) requisitado(s) por: _____

Para: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Género: _____ Tel: _____

Morada: _____ Nr. _____ Andar: _____

Cód. Postal: _____ - _____ e-mail: _____

Benef. de: _____ Nr. _____ NIF _____

REQUISITA-SE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Citologia convencional | <input type="checkbox"/> Pesquisa de <i>Ureaplasma urealyticum</i> |
| <input type="checkbox"/> Citologia líquida ThinPrep™ | <input type="checkbox"/> Pesquisa HSV 1 e 2 (Herpes Simplex 1 e 2) |
| <input type="checkbox"/> Coteste (cobas® HPV + ThinPrep™) | <input type="checkbox"/> Pesquisa de CMV (<i>Citomegalovírus</i>) |
| <input type="checkbox"/> Roche cobas® HPV | <input type="checkbox"/> Painel agentes infecciosos do colo por PCR |
| <input type="checkbox"/> HPV rápido (Xpert HPV) | (<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ,
<i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> ,
<i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Ureaplasma parvum</i> ,
<i>Trichomonas vaginalis</i>) |
| <input type="checkbox"/> CINtec PLUS (p16 + Ki 67) | <input type="checkbox"/> Citologia anal |
| <input type="checkbox"/> Genotipagem total HPV (alto e baixo risco) | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i> do grupo B por PCR (Xpert® GBS) |
| <input type="checkbox"/> Hipermetilação Painel CCU | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa <i>Chlamydia trachomatis</i> e
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> | |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de <i>Mycoplasma genitalium</i> | |

Informações clínicas:

Vacina contra HPV: ☐ SIM ☐ NÃO Se **SIM**, qual: _____ data: ____ / ____ / ____

Data última menstruação: ____ / ____ / ____ Vacinação Naive: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Desconhecido

Contraceção: ☐ Hormonal ☐ DIU ☐ Outro: _____

Exames anteriores: ☐ Tratamento(s) ☐ THS ☐ Outros: _____

Data e hora de colheita: ____ / ____ / 20 ____

Hora: ____ h ____ m

O Médico

vinheta