

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

INSTITUIÇÃO	MÉDICO SOLICITANTE
Procedência:	Médico:
Contato:	CRM:
E-mail:	E-mail:
Telefone: ( )	Telefone: ( )

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:	Sexo:	Idade:
CPF:	Telefone: ( )	E-mail:
Endereço:	Cidade:	Estado: CEP:
Nome da mãe:		

### INFORMAÇÕES DO MATERIAL ENVIADO

		PROCEDIMENTO MÉDICO	ENVIO
_____ bloco(s) identificado(s) como _____	Outros: _____	Data: __ / __ / __ Hora: ____ : ____	Data: __ / __ / __ Hora: ____ : ____
_____ lâmina(s) identificado(s) como _____	Localização: _____		

### EXAMES SOLICITADOS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Exame Histopatológico  | <input type="checkbox"/> IHQ para pesquisa de câncer de próstata   |
| <input type="checkbox"/> Exame histopatológico + imuno-histoquímica (IHQ)   | <input type="checkbox"/> IHQ para linfonodo sentinela de: <input type="checkbox"/> carcinoma <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Revisão de lâmina / caso   | <input type="checkbox"/> IHQ para pesquisa de instabilidade de micro-satélite  |
| <input type="checkbox"/> Revisão de lâmina / caso + Imuno-histoquímica (IHQ)  | <input type="checkbox"/> IHQ para classificação de adenoma de hipófise   |
| <input type="checkbox"/> IHQ para classificação de linfoma  | <input type="checkbox"/> IHQ para classificação de tumor cerebral  |
| <input type="checkbox"/> IHQ para sítio primário de adenocarcinoma  | <input type="checkbox"/> Imuno-citoquímica   |
| <input type="checkbox"/> IHQ para identificação de neoplasia indiferenciada   | <input type="checkbox"/> Patologia renal (Histopatológico + Histoquímica + Imuno-histoquímica + Imunofluorescência)            |
| <input type="checkbox"/> IHQ para painel de fatores prognósticos / preditivos de câncer de mama molecular (RE, RP, c-erbB-2 / HER2, Ki67) | <input type="checkbox"/> FISH para: _____  |
| <input type="checkbox"/> IHQ para painel de fatores prognósticos / preditivos de câncer de mama padrão (RE, RP, c-erbB-2 / HER2)          | <input type="checkbox"/> CISH para: <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> EBV                                  |
| <input type="checkbox"/> IHQ para receptores hormonais (RE e RP)  | <input type="checkbox"/> Outro: _____  |

### INFORMAÇÕES PARA ENVIO DO LAUDO

- Impresso  Site  E-mail Médico  E-mail Paciente  E-mail Procedência  Outro: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS

---



---



---

<p><b>CONSENTIMENTO DO CLIENTE / MÉDICO SOLICITANTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO</b></p> <p>Eu, médico(a) identificado na requisição de exame anatomo-patológico, declaro ter autorização do paciente, também identificado nesta requisição, para realização de seu exame anatomopatológico pela equipe do laboratório Fonte Medicina Diagnóstica.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a doação de partes de blocos de parafina, fragmentos de tecidos e lâminas anatomopatológicas, para controle de qualidade e pesquisa científica</p>	<p>ASSINATURA e CARIMBO</p>
--	-----------------------------

### INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

- Convênios:
- |   |   |   |   |   |  |   |   |                                     |
|---|---|---|---|---|--|---|---|-------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Particular |
|  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Outro      |