

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

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: _____
<input type="checkbox"/> PanTRK / NTRK	

INFORMAÇÕES PARA ENVIO DO LAUDO
<input type="checkbox"/> Impresso <input type="checkbox"/> Site <input type="checkbox"/> E-mail Médico <input type="checkbox"/> E-mail Paciente <input type="checkbox"/> E-mail Procedência <input type="checkbox"/> Outro: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS

<p>CONSENTIMENTO DO CLIENTE / MÉDICO SOLICITANTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO</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>	ASSINATURA e CARIMBO
---	----------------------

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> Convênios <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Outro	