

Nº Frasco _____

Nº Exame _____

Anátomo Patológico Imuno-histoquímico Citologia Revisão de Lâmina

Nome _____

Sexo F M Cor _____ Data nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Profissão _____ Procedência _____

Médico _____ Hospital _____

Envio L C Particular Convênio Qual? _____

Discriminação do material a ser examinado

Dados clínicos e cirúrgicos

Resultados de exames complementares

Diagnósticos clínico ou cirúrgico

Data da Colheita ____/____/____

Assinatura do Médico _____

Critérios absolutos de rejeição da amostra: ausência do nome do paciente; ausência da data de nascimento; incompatibilidade entre o nome do paciente na requisição e no recipiente com material.