

Requisição de Exame Citopatológico:

- CITOLOGIA CERVICO VAGINAL
 SECREÇÃO MAMILAR

- PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA
 CITOLOGIA ONCOTICA DE LÍQUIDO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Nome da Mãe: _____

Convênio: _____

Informes Clínicos:

- USO DE ANOVULATÓRIO
 CICLO ARTIFICIAL
 CICLO BLOQUEADO
 D.I.U
 HISTERECTOMIZADA
 PRÉ-MENARCA

- AMENORREIA
 GRAVIDEZ
 PUERPÉRIO
 LACTAÇÃO
 MENARCA
 MENOPUSA

- CLIMATÉRIO
 HORMONIOTERAPIA
 HORMONIOTERAPIA TÓPICA
 FITOTERÁPICO

Motivo da consulta:

Tratamentos Realizados:

Material de Origem:

- VAGINAL
 MAMA

- ECTOCERVICAL
 VULVA

- ENDOCERVICAL
 OUTROS

Carimbo e Ass. do Médico

Telefone:

Data: