

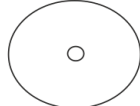
REQUISIÇÃO DE EXAME CITOLÓGICO

RESULTADO DO EXAME:	LOCAL DE PRESCRIÇÃO: _____
<input type="checkbox"/> Fax: _____	_____
<input type="checkbox"/> e-mail: _____	FACTURAR A: _____
<input type="checkbox"/> Exame extemporâneo — Tel.: _____	NIF.: _____
<input type="checkbox"/> Correio / Cobrança para: _____	_____
<input type="checkbox"/> Transferência Bancária: IBAN PT 50.0035.0185.00016911730.48 (ANEXAR COMPROVATIVO OU ENVIAR POR FAX OU E-MAIL)	

DADOS DO DOENTE:

Nome: _____	Tel.: _____	
Data de nascimento: _____	Profissão: _____	e-mail: _____
Sub-sistema de saúde: _____	N.º benef.: _____	NIF: _____

CITOLOGIA GINECOLÓGICA

Vagina <input type="checkbox"/>	Exocolo <input type="checkbox"/>	Endocolo <input type="checkbox"/>	Endométrio <input type="checkbox"/>	Vulva <input type="checkbox"/>	
U.M. ____ / ____ / ____	Menopausa _____	Anos _____			
Gravidez <input type="checkbox"/>	Semanas _____	Actividade sexual —	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Coitorragias —	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>			
Contraceção —	Hormonal <input type="checkbox"/>	DIU <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>		
Terapêutica Anterior:	Hormonal <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Radiações <input type="checkbox"/>	Laser <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Ex. Citológicos / Histológicos anteriores: _____					
Exame Clínico e colposcópico: _____					

CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

Líqu. Pleural <input type="checkbox"/>	Líqu. Ascítico <input type="checkbox"/>	Lavado Peritoneal <input type="checkbox"/>	Escov. Brônquico <input type="checkbox"/>
P. A. Tiroide <input type="checkbox"/>	Urina <input type="checkbox"/>	P. A. Gânglio <input type="checkbox"/>	P. A. Mama <input type="checkbox"/>
Exames Citológicos / Histológicos anteriores: _____			
Informações clínicas: _____			

Assinatura do Médico: _____ N° Cédula: _____ Data: ____ / ____ / ____