

DADOS DO PACIENTE:

Pedido: _____

Nome: _____

Idade: _____ RG: _____ Data de coleta: ____/____/____

DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR:

Nome: _____

Sobrenome: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço da clínica: _____

CITOLOGIA:

Data: ____/____/____

Normal

Anormal: LSIL HSIL ASCUS

Outros: _____

COLPOSCOPIA:

Data: ____/____/____

Normal

Anormal

Resultado:

ZTT Sugestiva HPV Mosaico

ZTT Sugestiva CA Ectopia

Insatisfatória

BIÓPSIA COLO DO ÚTERO:

Data: ____/____/____

Normal

Anormal: CIN I CIN II CIN III

Carcinoma invasivo

Conização Data: ____/____/____

Outros Testes HPV realizados: _____



DIAGNÓSTICOS
DO BRASIL

HPV ONCOPROTEÍNAS E6/E7

Parto recente:

Sim

Não

Data: ____ / ____ / ____

Observações: _____
