

Identificação do paciente

Nome: _____ CPF/RG: _____

DN: _____ Prontuário: _____ Atendimento: _____ Masculino Feminino

Mãe: _____

Data/Hora de Coleta: ___/___/20___ - ___:___

Identificação da amostra

Topografia, região anatômica de obtenção da amostra

Orientação: descreva todas as amostras, quantidade e região de coleta

Descrição de amostra: _____

Qtd de frascos/sacos cirúrgicos: (___/___)

Obtenção da amostra

Biópsia incisional Biópsia excisional Peças cirúrgicas
 PAAF Punções e raspados Outros: _____

Exames solicitados

Histopatológico Citologia Oncótica Revisão de exame
 Citologia PAAF Imuno-histoquímica
 Hibridização in situ – FISH/CISH: _____
 Biologia molecular – PCR/NGS: _____
 Imunofluorescência
 Microscopia Eletrônica

Acesse o portfólio de exames do
DB Patologia através do QR Code:



Dados clínicos

Hipótese diagnóstica: _____

Informações clínicas e exames relevantes: _____

Médico solicitante

Nome: _____

CRM: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Carimbo e assinatura: _____

Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, documento de identidade nº _____, declaro que estou ciente que o material biológico acima descrito será encaminhada para o Laboratório: DB Patologia Endereço: Av Victor Andrew, nº 1470 – Zona Industrial - Sorocaba/SP Tel.: (15) 3226-8847 Responsável técnica: Dra. Renata Silvia Sacchi - CRM 121316

Cidade: _____ Data: _____ de _____ 20____.

Assinatura: _____