



Laboratório
Anatomia Patológica
Imuno-histoquímica
Citopatologia



REQUISIÇÃO DE EXAMES

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anatomo-patológico | <input type="checkbox"/> Citológico | <input type="checkbox"/> Colpocitológico | <input type="checkbox"/> Congelação |
| <input type="checkbox"/> Hibridização | <input type="checkbox"/> Imunofluorescência | <input type="checkbox"/> Imuno-histoquímico | <input type="checkbox"/> Revisão de lâminas |

Paciente

Idade	Nascto	Sexo	Raça	DUM	CPF-RG
-------	--------	------	------	-----	--------

Nome da mãe

Hospital/Clínica	Registro	Quarto	Convênio
------------------	----------	--------	----------

Médico	CRM	Tel/Cel	E-mail
--------	-----	---------	--------

Região ou órgão	Qtde sacos	Qtde frascos
-----------------	------------	--------------

Resumo clínico

Data ____/____/____

Assinatura - Carimbo Médico

LABPAC
Rua Calixto da Mota, 72 - Vila Mariana
São Paulo-SP - CEP: 04117-100
Telefones: (011) 3284.2622 | (011) 3284.2724

recepcao@labpac.com.br
www.labpac.com.br