

Cód Apoiado: _____ Nome do Lab.: _____

Nome do(a) Paciente: _____

DN: ____/____/____ Sexo: () Fem. () Masc.

Dt Coleta: ____/____/____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Local da amostragem (origem do material/topografia) - campo obrigatório

- Tipo de Amostragem:**
- Biópsia/Fragmentos Peça Cirúrgica/Segmento Produto de amputação
- Polipectomia Mucosectomia Curetagem Outros (Punção;Raspado)

Sistema Digestivo	Sist.Genital Feminino	Sist.Genital Masculino	Cabeça e Pescoço	Sistema Osteoarticular
<input type="checkbox"/> Esôfago	<input type="checkbox"/> Útero (Corpo + Colo)	<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Cérebro	<input type="checkbox"/> Osso - Cartilagem
<input type="checkbox"/> Estômago	<input type="checkbox"/> Corpo uterino	<input type="checkbox"/> Vesículas Seminais	<input type="checkbox"/> Glândulas Salivares	<input type="checkbox"/> Articulação
<input type="checkbox"/> Duodeno	<input type="checkbox"/> Colo uterino	<input type="checkbox"/> Testículo	<input type="checkbox"/> Mandíbula - Maxila	<input type="checkbox"/> Sinóvia
<input type="checkbox"/> Íleo	<input type="checkbox"/> Ovário Direito	<input type="checkbox"/> Estruturas testiculares	<input type="checkbox"/> Cavidade oral	
<input type="checkbox"/> Ceco	<input type="checkbox"/> Ovário Esquerdo	<input type="checkbox"/> Pênis	<input type="checkbox"/> Face	Sistema Nervoso
<input type="checkbox"/> Cólon Ascendente	<input type="checkbox"/> Tuba Uterina Direita	<input type="checkbox"/> Escroto	<input type="checkbox"/> Amígdala	<input type="checkbox"/> Encéfalo
<input type="checkbox"/> Cólon Transverso	<input type="checkbox"/> Tuba Uterina Esquerda	Sistema Hematopoético	<input type="checkbox"/> Laringe	<input type="checkbox"/> Nervos Periféricos
<input type="checkbox"/> Cólon Descendente	<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Medula Óssea	<input type="checkbox"/> Olho	<input type="checkbox"/> Medula espinal
<input type="checkbox"/> Cólon Sigmóide	<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Linfonodo(s)	Sistema Respiratório	Mastologia
<input type="checkbox"/> Reto	<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> Baço	<input type="checkbox"/> Traqueia	<input type="checkbox"/> Mama Direita
<input type="checkbox"/> Ânus	<input type="checkbox"/> Abortamento	Sistema Endócrino	<input type="checkbox"/> Pulmão	<input type="checkbox"/> Mama Esquerda
<input type="checkbox"/> Segmento de Delgado	<input type="checkbox"/> Embrião/Feto	<input type="checkbox"/> Tireóide	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Axila Direita
<input type="checkbox"/> Segmento de Grosso	<input type="checkbox"/> Cone de Colo Uterino	<input type="checkbox"/> Hipófise	<input type="checkbox"/> Timo - Mediastino	<input type="checkbox"/> Axila Esquerda
<input type="checkbox"/> Apêndice	<input type="checkbox"/> CAF de Colo Uterino	<input type="checkbox"/> Glândula(s) Adrenal(is)	Sistema Cutâneo	
<input type="checkbox"/> Peritônio	Sistema Urinário	<input type="checkbox"/> Paratireóide	<input type="checkbox"/> Pele, lesão em: _____	
<input type="checkbox"/> Omento	<input type="checkbox"/> Rim			
<input type="checkbox"/> Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Ureter			
<input type="checkbox"/> Pâncreas	<input type="checkbox"/> Bexiga			
<input type="checkbox"/> Fígado		<input type="checkbox"/> OUTROS: _____		

Hipótese Diagnóstica: _____

Histórico clínico: _____

* TODOS OS CAMPOS ACIMA SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO