Requisição mielograma

FT_FPA_028 versão: 03 revisado: 12/03/2019

Paciente:	A preencher pela InSitus Genética Colar etiqueta
Nome da mãe:	
Sexo: ☐ F ☐ M	**Data de nascimento:**
CPF:	**RG:**

Médico requisitante: **CRM:**

Hospital/Laboratório: **Email:**

Endereço:

CEP: **Cidade:** **Estado:**

Telefone: **Celular:**

Carimbo e assinatura:

Dados do exame solicitado:

Data da coleta:

Responsável pela coleta:

Tratamento com quimioterapia? ☐ Não ☐ Sim. Qual?

Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD):

☐ Diagnóstico ☐ Acompanhamento

Dados clínicos relevantes:

Dados do Hemograma:

Horário de recepção das amostras:
segunda à sexta: 08:00 - 18:30h
sábado e vésperas de feriado: 08:00 - 16:00h

Rua das Rosas, 762
Vila Mariana
04048-001
São Paulo, SP - Brasil

www.insitus.com.br
+55 (11) 3822-2148
+55 (11) 3666-2279
+55 (11) 5078-8527

Atendimento médico
Segunda à sexta
8:00 às 17:00
atendimento@insitus.com.br