

| | | |
|---|---------------------|--|
| Paciente: | | A preencher pela InSitus Genética Colar etiqueta |
| Nome da mãe: | | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Data de nascimento: | |
| CPF: | RG: | |
| Médico requisitante: | | CRM: |
| Hospital/Laboratório: | | E-mail: |
| Endereço: | | |
| CEP: | Cidade: | Estado: |
| Telefone: | | Celular: |
| Carimbo e assinatura: | | |

Dados do exame solicitado:

Data da coleta: _____

Responsável pela coleta: _____

Material: blocos laminas outros: _____

Quantidade de blocos: _____

Identificação (número) blocos/peças: _____

Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD): _____

Resultados anteriores: _____

Exames solicitados:

- um marcador celular. Indicar os marcador: _____
- dois marcadores celulares. Indicar os marcadores: _____
- três marcadores celulares. Indicar os marcadores: _____
- quatro marcadores celulares. Indicar os marcadores: _____
- cinco marcadores celulares. Indicar os marcadores: _____
- seis marcadores celulares. Indicar os marcadores: _____
- biópsia de medula óssea