UnB | HUB EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

UNIDADE DE ANATOMIA PATOLÓGICA

REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome:	Prontuário

Número do SUS:	Endereço:

CEP:	Telefone Fixo: ( )	Telefone Celular: ( )

Sexo:	Idade:	Data de Nascimento: _____/_____/_____	Cor:	E. Civil:	Profissão:	Naturalidade:

Clínica:	Leito:	Ambulatório:

Diagnóstico Clínico:

Material:

Resumo de Observação Clínica (Incluindo informações laboratoriais e terapêuticas):
Dados Clínicos importantes para a patologia:

Registro no laboratório
|___|___|___|___|___|___|

Uso Exclusivo da UAP

Quantidade: _____ Tipo: _____
Entrada na UAP: ___/___/___ ____h____
Clivagem: ___/___/___ ____h____
Processamento: ___/___/___ ____h____
Saída da UAP: ___/___/___ ____h____
Residente: _____

Staff:_____

Biópsia/ Citopatologia anteriores:	Número(s):	Data: _____/_____/_____

Informações Ginecológicas:

UR.	Gesta:	Para:	Outras informações

Exame Solicitado:

Observações:

Data: _____/_____/_____	Hora:	Médico Requisitante:

HUB-G.