

ESTUDO CITOGENÉTICO DE TUMORES

Favor registrar a data e a hora da coleta da amostra.

Data: ___/___/___ Hora da coleta: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Data ___/___/201___

Nome - _____ CPF _____

Sexo - _____ Idade - _____ Data nasc. - ___/___/___

Médico - _____ Fone - _____

Hospital - _____

Registro no Hospital - _____ Data do diagnóstico clínico - _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

MATERIAL ENCAMINHADO:

TS - TUMOR SÓLIDO: _____

AS - Líquido de ascite: _____

PL - Derrame pleural: _____

U - Urina: _____

Outra amostra: _____

OBSERVAÇÕES:

Endereço - _____ CEP _____ - _____

Fone p/ contato - () - _____ E-mail - _____

Nome de Responsável - _____

Hospital / lab - _____

Horário de recebimento: 2ª a 6ª feira das 9 às 12:30 e 13:30 às 18:00 h.

FORMULÁRIO 8