

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOLÓGICO

RESULTADO DO EXAME:	LOCAL DE PRESCRIÇÃO: _____
<input type="checkbox"/> Fax: _____	_____
<input type="checkbox"/> e-mail: _____	FACTURAR A: _____
<input type="checkbox"/> Exame extemporâneo — Tel.: _____	NIF.: _____
<input type="checkbox"/> Correio / Cobrança para: _____	_____
<input type="checkbox"/> Transferência Bancária: IBAN PT 50.0035.0185.00016911730.48 (ANEXAR COMPROVATIVO OU ENVIAR POR FAX OU E-MAIL)	

DADOS DO DOENTE:

Nome: _____ Tel.: _____

Data de nascimento: _____ Profissão: _____ e-mail: _____

Sub-sistema de saúde: _____ N.º benef.: _____ NIF: _____

DADOS RELATIVOS AO EXAME:

Médico: _____ Tel. de contacto: _____

Biópsia de: _____ Peça operatória de: _____

Informação sobre o tipo de lesão, dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos: _____

Diagnóstico clínico proposto: _____

Exames anátomo – patológicos anteriores: _____

Assinatura do Médico: _____ N.º Cédula: _____ Data: ____ / ____ / ____