

# Solicitação de Exame Para Laboratório Parceiro

FQ102 05/07/2010



**Anticorpos Laboratório**  
Rua Miguel de Frias, 77 sala 1009  
Niterói - RJ  
24.220-008  
R.J.: (21) 2704-4488  
Brasil: 4004-0435 Ramal: 4488  
www.anticorpos.com.br

CLIENTE:	SEU NÚMERO:	
PACIENTE:	SEXO:	IDADE:
TOPOGRAFIA:		
DADOS CLÍNICOS:		
HPP PERTINENTE:		
TRATAMENTOS PRÉVIOS:		
OUTRAS CONSIDERAÇÕES:		

## Amostras (tipo, quantidade, numeração e localização)


## Exames

<input type="checkbox"/> Estudo IHQ geral - Cód.: EIHGER e EIHGE2
<input type="checkbox"/> Estudo IHQ de mama I (RE, RP, C-erbB-2/Her2-neu, Ki-67 e p53) - Cód.: EIHMA1 e EIHM12
<input type="checkbox"/> Estudo IHQ de mama II (RE, RP e C-erbB-2/Her2-neu) - Cód.: EIHMA2 e EIHM22
<input type="checkbox"/> Receptores Hormonais (RE e RP) - Cód.: EIHRHO e EIHRH2
<input type="checkbox"/> Confirmar status do C-erbB-2/Her2-neu por FISH para resultado 2+ (obrigatório preenchimento do médico assistente)
<input type="checkbox"/> IHQ por anticorpo isolado (somente avaliação do status) - Cód.: IHQACR e IHQAC2
ANTICORPOS SOLICITADOS:
<input type="checkbox"/> Hibridização "in situ" para HPV - Cód.: HIBHPV e HIBHP2
<input type="checkbox"/> Hibridização "in situ" para EBV - Cód.: HIBEBV e HIBEB2
<input type="checkbox"/> Hibridização "in situ" para Kappa/Lambda - Cód.: HIBKPL e HIBKL2
<input type="checkbox"/>

## Médico assistente (se aplicável)

NOME	CRM:	
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
TEL. (COM DDD):	CEL. (COM DDD):	

## Comentários


**Importante:** O preenchimento completo deste formulário, principalmente dos dados clínicos é de fundamental importância para o correto diagnóstico do paciente e para o cumprimento do prazo de entrega.

DATA:	ASSINATURA:
-------	-------------