



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME – qPCR HPV

PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM LETRA LEGÍVEL OU DIGITADO

I – Tipo de Rastreio

Rastreio Primário

Rastreio Secundário

II - Dados gerais

1-Unidade requisitante:	2-Município:
3-Profissional requisitante:	4-Data da coleta:

III-Dados da Paciente

5-Nome completo:		
6-Data de nascimento:	7-Cartão SUS:	
8-Etnia: [] Branca [] Parda [] Amarela [] Preta [] Indígena	9-Estado civil: [] Solteiro [] Casado [] Viúvo [] União estável [] Separado/Divorciado	
10-Endereço (Rua, Avenida):		11-N°:
12- Complemento:	13-Bairro:	14-Município:
15-Ponto de referência:		16-Telefone:

IV-Histórico Clínico

17-Idade da 1ª relação sexual:	18-N° aprox. de parceiros:	19-N° de partos:
20-Tem parceiro fixo atualmente? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, há quanto tempo?	21-Usa proteção durante a relação sexual? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
22-Já realizou o exame Papanicolaou outras vezes? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, com qual frequência costuma realizá-lo? Se não, especificar o motivo?	23- É tabagista? SIM <input type="checkbox"/> Há quanto tempo? _____ ATUALMENTE NÃO, MAS JÁ FUI <input type="checkbox"/> Por quanto tempo? _____ NUNCA FUI <input type="checkbox"/>	
24- História de IST (HIV, HPV, Gonorreia, Sífilis ...)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, qual:	25- Foi vacinada contra o HPV? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
26- Faz uso de anticoncepcional? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
27-Observações:		