



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



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 – Escolaridade: [] Analfabeto [] Ensino Fundamental Completo [] Ensino Médio Completo [] Ensino Superior Completo [] Pós-graduação Completa

IV-Histórico Clínico

11-Idade da 1ª relação sexual:	12-Nº aprox. de parceiros:	13-Nº de partos:
14-Tem parceiro fixo atualmente? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, há quanto tempo? _____		15-Usa proteção durante a relação sexual? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
16-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? _____		17- 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"/>
18- História de IST (HIV, HPV, Gonorreia, Sífilis ...)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, qual: _____		19- Foi vacinada contra o HPV? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
20- Faz uso de anticoncepcional? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
21-Observações:		