



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME – qPCR HPV

PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM LETRA LEGÍVEL OU DIGITADO

I - Dados gerais

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

II-Dados da Paciente

5-Nome completo:		
6-Data de nascimento:	7-Cartão SUS:	
8-Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	9-Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Não informado	
10-Endereço (Rua, Avenida):		11-Nº:
12- Complemento:	13-Bairro:	14-Município:
15-Ponto de referência:		16-Telefone:

III-Histórico Clínico

17-Idade da 1ª relação sexual:	18-Nº aprox. de parceiros:	19-Nº 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- História de IST (HIV, HPV, Gonorreia, Sífilis ...)? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, qual:		
24- Faz uso de anticoncepcional? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
25-Observações:		