

REQUISIÇÃO DE EXAME

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANATOMOPATOLÓGICO | <input type="checkbox"/> PUNÇÃO ASPIRATIVA |
| <input type="checkbox"/> CÉRVICO VAGINAL MEIO LÍQUIDO | <input type="checkbox"/> IMUNOISTO/CITOQUÍMICA |
| <input type="checkbox"/> CÉRVICO VAGINAL CONVENCIONAL | <input type="checkbox"/> IMUNOFLUORESCÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> CITOLOGIA ESPECIAL | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |

NOME: _____ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG/CPF: _____ CONVÊNIO: _____

NOME DA MÃE: _____

MATERIAL: _____

Nº DE FRASCOS: _____

HISTÓRIA CLÍNICA: _____

HIPÓTESE(S) CLÍNICA(S): _____

EXAMES CITOPATOLÓGICOS OU ANATOMOPATOLÓGICOS GINECOLÓGICOS

VIDA SEXUAL	GESTANTE	LACTANTE	MENOPAUSA
S N	S N	S N	S N

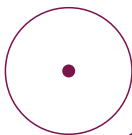
DUM _____ G _____ P _____ C _____ A _____

ÚLTIMO PARTO _____ MÉTODO ANTICONCEPCIONAL _____

CONTEÚDO VAGINAL _____

ASPECTO DO COLO _____

TESTE DE SCHILLER _____ IODO _____



DATA E HORA DA COLETA: ____/____/____ ____:____

ASSINATURA: _____

MÉDICO / CRM: _____

- ENVIAR REQUISIÇÕES
- ENVIAR FRASCOS/CARTELAS
- URGÊNCIA

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO
PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Nome do Paciente: _____

Eu, _____, portador do RG ou CPF

_____ () paciente ou () responsável

por _____ grau de

parentesco _____, declaro que fui informado de que a amostra do

material biológico coletado para exame anatomopatológico/ citopatológico será

encaminhada, por indicação do médico, e minha autorização, para o laboratório CITOLAB –

Laboratório de Citologia Clínica e Histopatologia, localizado no endereço: Av. Vicente

Machado, 1150 – Batel – Curitiba – PR. Tel.: (41) 3222 - 9560. Diretor técnico: Dra. Mara Rejane

Rodrigues Correa Segalla – CRM/PR 10183, contratualmente vinculado a este estabelecimento.

() Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2169/2017.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

() Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

() Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises.

() Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame.

() Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

1º Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____

2º Testemunha:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____