

## 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

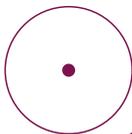
DUM \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_