

**REQUISIÇÃO PARA EXAME ANATOMOPATOLÓGICO
BUCOMAXILOFACIAL**

BIÓPSIA: EXCISIONAL INCISIONAL
 CURETAGEM RASPAGEM
 OUTROS _____

NOME: _____ SEXO: M F

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

NOME DA MÃE: _____

MATERIAL: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS: _____

HISTÓRICO/HÁBITOS: _____

SINTOMAS: ASSINTOMÁTICO DOR ARDÊNCIA OUTRO _____

TEMPO DE EVOLUÇÃO: _____

FATOR ETIOLÓGICO PROVÁVEL: _____

LESÃO FUNDAMENTAL:

MÁCULA PÁPULA/NÓDULO EROSIÃO/ÚLCERA VESÍCULA/BOLHA OUTRO _____

COR: BRANCA ERITEMATOSA AMARELADA OUTRA _____

IMPLANTAÇÃO: SÉSSIL PEDICULADA

ASSOCIADO AO DENTE: NÃO SIM

COROA RAIZ APICAL RAIZ LATERAL OUTRO _____

IMAGEM: NÃO SIM

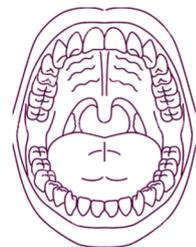
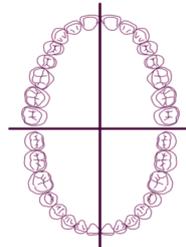
RADIOPACA RADIOLÚCIDA CÍSTICA OUTRA _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

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: _____