

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____

Nome Social: _____ RG/CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Natural: _____ Raça: _____ Procedência: _____

Idade: _____ Data Nasc.: (____/____/____) Sexo: _____ Gênero: _____

Convênio: _____ Fone: _____

Nº Frascos: _____ Nº Tubetes: _____ Nº Lâminas: _____ Cód. Exame: _____

EXAME SOLICITADO:

☐ Anamopatológico: Material: _____ Cirurgia: _____

☐ Citopatológico: ☐ Colpocitologia: ☐ Convencional ☐ Meio Líquido

☐ Líquido

☐ PCR Vitalab: ☐ IST ☐ HPV

☐ PAAF: _____ ☐ Captura Híbrida: _____

☐ Imuno-histoquímica ☐ Imunofluorescência ☐ Outros: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

Exames prévios: _____ Medicamentos: _____ TRH/CO: _____

Dum.: _____ Gesta: _____ Para: _____ AB: _____

Dados Clínicos: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Data Coleta/Cirurgia: (____/____/____) Hora da Coleta: _____ Data Recebimento: (____/____/____)

Médico Solicitante (Nome/Assinatura/Carimbo): _____

ESQUEMA RETIRADA/BIÓPSIA

EM CASO DE LESÕES ÓSSEAS FAVOR ENVIAR EXAMES DE IMAGEM.

* Dra. Karla Patrícia Casemiro
Médica Patologista
Título de Especialista em Patologia pela SBP
Responsável Técnico
CRM/SC - 7394 • RQE 2905

* Dra. Beliza Loos
Médica Patologista
Título de Especialista
em Patologia pela SBP
CRM 18.678 • RQE 13.248

* Dra. Vanessa Duriex R. Lopes
Médica Patologista
Título de Especialista
em Patologia pela SBP
CRM 15.813 • RQE 12.112

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

Eu, _____, nº de identidade _____ () paciente / () responsável (grau de parentesco _____), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado: Laboratório de Patologia: **VITALAB DIAGNÓSTICOS** - Endereço: Rua: Vereador Guilherme Niebuhr, 101 – Centro – Brusque/ SC - Cep: 88350-110 - Telefone: (47) 3351-0665 ou 3396-7486 - Diretor técnico do laboratório: Karla Patrícia Casemiro CRM/SC nº 7394.

() 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 2074/2014.

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

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

() Ciente das políticas de proteção de dados pessoais praticadas pelo Laboratório Vitalab Diagnósticos, segundo Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018.

() Autorizo a divulgação de meus dados pessoais (laudo) ao meu médico assistente e site (acesso restrito).

() Autorizo para os devidos fins de direito, o terceiro de nome: _____, CPF do terceiro: _____, telefone do terceiro: _____, a retirar meu resultado referente ao exame _____.

() Autorizo o uso de Telepatologia, segundo resolução CFM Nº 2.264/2019.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise em Laboratório Parceiro.

Laboratório Parceiro: IPOG - Responsável Técnica: Fernanda Dahrouge Chiarot CRBM - 110628.

Laboratório Parceiro: CIPAC DIAGNÓSTICOS - Responsável Técnico: Dra. Luzete C. S. Granero CRM-8185 | RQE-2974

Laboratório Parceiro: CEDAP - Responsável Técnico: Giuliano Stefanello Bublitz CRM/SC - 14903.

Observações: _____
_____, Cidade, _____
de _____ 20_____.

Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo _____
Nº de identidade _____
Assinatura _____

Assinatura do paciente/responsável