

**REQUISIÇÃO DE EXAME DE ESFREGAÇO VAGINAL**

N°

COLAR A ETIQUETA
COM CÓDIGO DE
BARRAS AQUI**Dados do paciente:**

NOME: _____ CPF: _____ SEXO F M
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: ____ COR BR PR PD AM IN PROFISSÃO: _____
NOME DA MÃE: _____
CONVÊNIO: _____ MATRÍCULA: _____ CARTÃO SUS: _____

Dados para emissão de nota fiscal (se houver)

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
CPF/CNPJ: _____ CIDADE: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

Amostra:

- JEC Ectocérvice
 Vagina Endocérvice
 Fundo de saco _____

Dados ginecológicos:

Última menstruação: ____ / ____ / ____
DIU: NÃO SIM
Grávida: NÃO SIM
Radioterapia: NÃO SIM
Ultrassonografia: NÃO SIM
Anticoncepcional: NÃO SIM: _____
Hormônios: NÃO SIM: _____
Outro: _____

Exames requisitados:

- Citologia ginecológica convencional
 Citologia ginecológica camada líquida *
 E6/E7 HPV alto risco
 Testes biomoleculares — HPV Captura Híbrida
 HPV PCR
 Chlamydia
 Gonorréia
 Herpes
 Multiplex — *Trichomonas vaginalis*
Neisseria gonorrhoeae
Chlamydia trachomatis
Mycoplasma hominis
Mycoplasma genitalium
Ureaplasma urealyticum

*Obs. A amostra coletada para **Citologia Ginecológica Camada Líquida** ficará armazenada por **60 dias**, para a realização de **Testes Biomoleculares**, caso sejam necessários.

Achados colposcópicos:

Dados clínicos e laboratoriais:

Observações:

Dados do requisitante:

NOME: _____
HORÁRIO DA COLETA: ____ : ____ DATA: ____ / ____ / ____

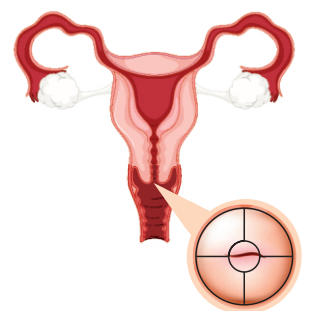
ASSINATURA E CARIMBO

Importante: • O recebimento da amostra está condicionado à identificação do paciente e médico, informações clínicas e laboratoriais legíveis, bem como data e horário da coleta, conforme as normas do(a) CFM, AMB, ANVISA, ONA, SBP, SBC E S BPC.

- Para informações sobre coleta, conservação e transporte de amostras, acesse o nosso site www.ipdlaboratorios.com.br.
- Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Elaborado por: Jéssica Trombine Aprovado por: Nélida Delamoriae

Disponível em: SANTO >> ORGANIZAÇÃO >> DOCUMENTOS >> ID 1570 REQUISIÇÃO DE EXAME DE ESFREGAÇO VAGINAL



**REQUISIÇÃO DE EXAME DE TECIDOS, SECREÇÕES OU LÍQUIDOS****Declaro, para os devidos fins, que:**

- 1) Todas as informações por mim prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.
- 2) Não omiti informações que possam influenciar os resultados.
- 3) Conferi as etiquetas que serão utilizadas na identificação dos recipientes onde serão armazenadas as amostras.
- 4) Se necessário, autorizo o envio de minhas amostras para análise em outras instituições qualificadas.
- 5) Autorizo o arquivo das lâminas e/ou blocos de parafina originados dos exames anátomo e citopatológicos, sempre que realizados.
- 6) Estou ciente que os meus exames poderão ser autorizados no convênio em momento posterior à admissão, coleta e/ou entrega de amostras e, caso haja negativa, serei responsável pelo pagamento dos mesmos ao Laboratório.
- 7) Estou ciente de que poderá haver o compartilhamento de meus dados pessoais, inclusive resultados de exames, com órgãos públicos por força de eventual notificação compulsória de doenças e cumprimento de obrigações legais.
- 8) Autorizo o compartilhamento de meus dados pessoais, inclusive laudos de exames, com o meu convênio de saúde ou operadora, caso estes exijam tais dados para fins de faturamento e/ou conferência.
- 9) Autorizo o compartilhamento de meus dados pessoais, inclusive laudos de exames, com o médico solicitante desta requisição;
- 10) Faço uso do(s) medicamento(s):

Informações importantes:

- 1) O uso e guarda dos dados de acesso aos resultados são de inteira responsabilidade do cliente ou responsável.
- 2) Os resultados só serão entregues mediante apresentação deste ou de documento de identificação do cliente.
- 3) Os exames poderão ser repetidos, sem ônus, mediante solicitação justificada do médico, até 72 horas após o recebimento dos laudos.
- 4) Para exames anatomopatológicos poderá ser necessária complementação financeira ou nova guia. Neste caso, entraremos em contato, para acerto.
- 5) A análise dos resultados deve ser feita por médico, não estando o Laboratório habilitado a interpretá-los.

DATA: / / Assinatura do paciente: CPF:

- Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Elaborado por: Jéssica Trobine Aprovado por: Nélida Delamoriae

Disponível em: SANTO >> ORGANIZAÇÃO >> DOCUMENTOS >> ID 1572 REQUISIÇÃO DE EXAME DE TECIDOS, SECREÇÕES OU LÍQUIDOS

