

**REQUISIÇÃO DE EXAME DE TECIDOS, SECREÇÕES OU LÍQUIDOS**

N°

COLAR A ETIQUETA
COM CÓDIGO DE
BARRAS AQUI**Dados do paciente: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS**

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____ SEXO: F M
DATA DENASCIMENTO: ____ / ____ / ____ 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: _____

Origem da amostra:**Sistema Digestivo**

- Esôfago
- Estômago
- Vias biliares
- Fígado
- Vesícula biliar
- Pâncreas
- Intestino delgado
- Intestino grosso
- Apêndice
- Peritônio e omento
- Região Perianal

Sistema Cutâneo

- Pele
- Unha

Sistema Osteo-articular-muscular

- Sinóvia
- Articulação
- Nervo periférico
- Osso/Cartilagem
- Músculo esquelético

Sistema Nervoso Central

- Cérebro
- Vértebra

Sistema Genital Fem.

- Mama
- Ovário
- Tuba uterina
- Corpo uterino
- Mioma
- Endométrio
- Placenta
- Restos ovulares
- Embrião/Feto
- Colo uterino
- Vagina
- Vulva

Sistema Genital Masc.

- Pênis
- Próstata/Vesículas seminais
- Testículos/Anexos testiculares

Sistema Hematopoético

- Baço
- Linfonodo
- Medula óssea

Sistema Cardiovascular

- Coração/Válvulas
- Vasos Sanguíneos

Sistema Urinário

- Rim
- Ureter
- Bexiga

Sistema Respiratório

- Pleura
- Pulmão
- Mediastino
- Traqueia/Brônquio

Cabeça e Pescoço

- Olho
- Orelha
- Nariz/Seios da face
- Boca
- Laringe
- Amígdala
- Mandíbula/Maxilar
- Glândulas salivares
- Faringe

Sistema Endócrino

- Hipófise
- Tireoide
- Paratireoide
- Adrenal

Amostragem:**Histopatológica:**

- Biópsia/Core biopsy
- CAF/Conização
- Peça cirúrgica simples
- Peça cirúrgica complexa
- Transoperatório

Citopatológica:

- PAAF
- Lavados
- Raspado
- Derrames
- Líquidos orgânicos

Exame(s) requisitado(s):

- Histopatológica
- Imunohistoquímica
- Imunofluorescência
- Citologia meio líquido
- Citologia convencional
- PCR HPV
- Teste biomolecular: _____
- Coloração especial: _____

Descrição da(s) amostra(s) enviada(s): OBRIGATÓRIO

Dados clínicos: OBRIGATÓRIO

Dados do requisitante:

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

ASSINATURA E CARIMBO

O não preenchimento dos campos "Descrição das Amostras" e "Dados Clínicos" poderá resultar na devolução da amostra.

Importante: • O recebimento da amostra está condicionado à identificação de 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 das amostras, acesse o nosso site www.ipd.com.br.
• Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Elaborado por: Kênia Gonçalves **Aprovado por:** Jéssica Trombine



**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:

Importante: • O recebimento da amostra está condicionado à identificação de 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 das amostras, acesse o nosso site www.ipd.com.br.
• Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Elaborado por: Kênia Gonçalves Aprovado por: Jéssica Trombine

