



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 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: _____

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):

- ☐ Histopatológico
- ☐ 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

