



REQUISIÇÃO DE EXAME DE ESFREGAÇÃO VAGINAL

Nº

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
☐ Painel DST1 (HPV, Chamydia e Gonorréia)
☐ Painel DST2 (HPV, Chamydia, Gonorréia e Herpes)
☐ Testes biomoleculares ☐ HPV Captura Híbrida
☐ HPV PCR
☐ Chlamydia
☐ Gonorréia
☐ Herpes
☐ Multiplex ☐ 07 Patógenos ☐ 04 Patógenos
☐ Trichomonas vaginalis
☐ Chlamydia trachomatis
☐ Neisseria gonorrhoeae
☐ Mycoplasma genitalium
☐ Mycoplasma hominis
☐ Ureaplasma urealyticum
☐ Ureaplasma parvum
☐ Trichomonas vaginalis
☐ Chlamydia trachomatis
☐ Neisseria gonorrhoeae
☐ Mycoplasma genitalium

*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:

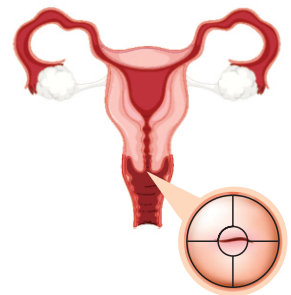
NOME:
HORÁRIO DA COLETA: : DATA: / /

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: QUAENT >> GESTÃO DE DOCUMENTOS >> LISTA MESTRA >> FOR1570 REQUISIÇÃO DE EXAME DE ESFREGAÇÃO 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: QUAENT >> GESTÃO DE DOCUMENTOS >> LISTA MESTRA >> FOR1572 REQUISIÇÃO DE EXAME DE TECIDOS, SECREÇÕES OU LÍQUIDOS.

