

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: _____ DATA NASC.: / /

NOME SOCIAL: _____

GÊNERO: _____


SEXO: F M CONVÊNIO: _____ CPF: _____

NOME DA MÃE: _____ TELEFONE: () _____

Nº DO FRASCO: _____ QUANTIDADE DE FRASCOS: _____ HORA DA COLETA: _____

NATUREZA E SEDE DO MATERIAL: _____ DATA DA COLETA: / /

EXAME: ANATOMOPATOLÓGICO CITOLOGIA CONVENCIONAL CITOLOGIA EM MEIO LÍQUIDO IMUNO-HISTOQUÍMICA

INFORMES CLÍNICOS SÃO INDISPENSÁVEIS PARA A CORRETA INTERPRETAÇÃO DO QUADRO MORFOLÓGICO			
DADOS OU INFORMAÇÕES CLÍNICAS:			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓTICA (S):			
ÚLTIMA MENSTRUÇÃO:	ÚLTIMO PARTO:	TIPO DE CICLO:	
SCHILLER:	TRH:	USO DE ANTIC. ORAL:	
USO DE DIU:	RADIOTERAPIA:	CIRURGIAS ANTERIORES:	

TELEFONE: () _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA: / /

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

Eu, _____, n° 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 o laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado:

Laboratório de Patologia: Laboratório Interlab de Patologia Ltda. Endereço: Rua Paraguassú, 83, 8º andar, Bairro Prado, Belo Horizonte/MG – CEP 30411-036
Telefones: (31) 33520792 – (31) 33523522 / Whatsapp (31) 991182999. CNES: 0880329.

Diretor técnico do laboratório: Dra Marcilene Coelho – CRM 17236.

() 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 a realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

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

() Estou de acordo com a coleta e tratamento de dados pessoais pelo LABORATÓRIO INTERLAB, de acordo com a Política de Privacidade Interlab, disponível em: <https://labinterlab.com.br/>, de acordo com a Lei 13.709 – LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados, e que posso atualizar os dados quando necessário.

_____, _____ de _____ 20

Assinatura do paciente/responsável