

# REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº



DIAGNÓSTICOS  
CRM 1669-SC  
www.vitalabdiagnosticos.com.br

Rua Vereador Guilherme Niebuhr, 101  
Fone: 47 3396.7486  
88.350-110 Brusque Sta. Catarina  
recepcao@vitalabdiagnosticos.com.br  
(47) 99994-6273

\* Dra. Karla Patrícia Casemiro  
Médica Patologista  
Título de Especialista em Patologia pela SBP  
Responsável Técnico  
CRM/SC - 7394 • ROE 2905

\* Dra. Beliza Loos  
Médica Patologista  
Título de Especialista em Patologia pela SBP  
CRM 18.678  
ROE 13.248

## Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_  
 Idade/Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_ Nº Carteira: \_\_\_\_\_  
 Senha: \_\_\_\_\_ Guia: \_\_\_\_\_

## Exame Solicitado:

Anatomopatológico: \_\_\_\_\_ - Material a Examinar: \_\_\_\_\_ Nº Frascos / Tubetes: \_\_\_\_\_  
 - Cirurgia: \_\_\_\_\_ Código do Exame: \_\_\_\_\_  
 Citopatológico: \_\_\_\_\_  
      Colpocitologia Oncótica-Papanicolaou \_\_\_\_\_ Urina \_\_\_\_\_  
      Colpocitologia Oncótica em Meio Líquido \_\_\_\_\_ Lavado \_\_\_\_\_  
      Colpocitologia Hormonal \_\_\_\_\_ Escarro \_\_\_\_\_  
     Outros: \_\_\_\_\_  
 Captura Híbrida:  HPV  Outros: \_\_\_\_\_  
 Punção Aspirativa por Agulha Fina:  Mama  Tireóide  Outros: \_\_\_\_\_  
 Imuno Histoquímica  Imuno Fluorescência \_\_\_\_\_

## Informações Clínicas:

Exames Prévios:  Sim  Não  Quais \_\_\_\_\_  
 Medicamentos:  TRH  ACO  Outros \_\_\_\_\_  
 Dum: \_\_\_\_\_ Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ AB: \_\_\_\_\_  
 Dados Clínicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

ESQUEMA DA RETIRADA	COLO UTERINO

Data da Coleta/Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da Coleta: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Data Recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Solicitante (Carimbo e Assinaturas): \_\_\_\_\_

Em caso de Patologia Óssea favor enviar exames de imagem.



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO  
PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_, nº 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 laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado:

Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado:

Laboratório de Patologia: **VITALAB DIAGNÓSTICOS** - Endereço: Rua: Vereador Guilherme Niebuhr, 101 - Centro - Brusque/SC  
Cep: 88350-110 - Telefone: (47) 3351-0665 ou 3396-7486 - Diretor técnico do laboratório: Karla Patrícia Casemiro CRM/SC nº 7394

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

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

(  ) Ciente das políticas de proteção de dados pessoais praticadas pelo Laboratório Vitalab Diagnostics, segundo Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018.

(  ) Autorizo a divulgação de meus dados pessoais (laudo) ao meu médico assistente e site (acesso restrito).

Observações: \_\_\_\_\_

Cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente/responsável \_\_\_\_\_