



ESPAÇO RESERVADO PARA IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Nome social: _____ Gênero de Identif.: _____

Sexo biológico: Masc. Fem. Data de Coleta: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Procedência: _____ DUM: ____ / ____ / ____

Convênio: _____ Número da carteirinha: _____

Particular Pago Fatura N º de frascos _____ Data de entrada: ____ / ____ / ____

Exame Solicitado: Biologia Molecular Citolgia em Meio Líquido

Local da Coleta: Colo uterino Canal Cervical Vagina Vulva Anal Pênis Oral

Outros: _____

HPV

- Captura Híbrida (Alto e Baixo Risco) PCR - Genotipagem 16/18 e outros 12 tipos de alto risco
 PCR - Genotipagem para HPV 28 tipos de alto e baixo risco Genotipagem para HPV alto e baixo risco

Painel para IST'S

- Painel IST I – (*Chlamydia /Neisseria /Trichomonas /Micoplasma/Ureaplasma*) – Somente painel completo
 Chlamydia Trachomatis e Neisseria Gonorrhoeae Trichomonas Vaginalis
 Mycoplasma Hominis e Ureaplasma Urealyticum
 Herpes Vírus 1 e 2 Candida Albicans Streptococcus agalactiae
 Painel IST II – (*Chlamydia /Neisseria /Trichomonas /Micoplasma/Ureaplasma/cândida/Streptococcus*)
Somente painel completo

Outros: _____

Médico: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Ass. Do Médico e carimbo

TERMO DE CONSENTIMENTO (RESOLUÇÃO CFM 2169/2017)

Eu, _____, CPF nº _____, Identidade nº _____, declaro, para os devidos fins, que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o LABORATÓRIO DE PATOLOGIA HE e, se necessário, para serviços de apoio diagnóstico com os quais mantém contrato. Autorizo, inclusive, a remessa do resultado para:

- E-mail do médico solicitante malote para o consultório/hospital/clínica
 E-mail do próprio paciente/responsável Outro

E-mail: _____

Assinatura: _____

Responsável Técnica: Drª Rosemary Nascimento CRM: 52.32297-7 / patologista RQE: 15531

Av. 28 de Setembro 389 – Sala 317 – Vila Isabel – RJ – CEP 20551-031 CNPJ: 35.855.386/0001-06