LABORATÓRIO DE PATOLOGIA
medicina diagnóstica

espaço reservado ao laboratório para identificação única da amostra

NOME: _____

_____ CPF: _____

NOME DA MÃE: _____

NOME SOCIAL: _____ GÊNERO DE IDENTIF.: _____

SEXO BIOLÓGICO: MASCULINO ☐ FEMININO ☐ DATA DE NASC.: ___/___/___ IDADE: _____

PROCEDÊNCIA: _____ PARTICULAR ☐ FATURA ☐ DATA DA COLETA: ___/___/___ HORA: _____

CONVÊNIO: _____ Nº CARTEIRA: _____

Nº DE FRASCOS: _____ DATA DA ENTRADA: ___/___/___

ESÔFAGO: ☐ TERÇO SUPERIOR ☐ INFERIOR ☐ MÉDIO ☐ LESÃO _____ ☐ PÓLIPO ☐ SÉSSIL ☐ PEDICULADO

INDICAÇÃO: _____

_____

ESTÔMAGO: ☐ FUNDO ☐ ÚLCERA ☐ LESÃO _____ ☐ PÓLIPO ☐ SÉSSIL ☐ PEDICULADO

☐ CÁRDIA ☐ CORPO ☐ INCISURA ☐ ANTRO ☐ PILORO ☐ BOCA ANASTOMÓTICA ☐ COTO UREASE ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS: ☐ SIM ☐ NÃO

INDICAÇÃO: _____

_____

INTESTINO DELGADO: ☐ PÓLIPO ☐ SÉSSIL ☐ PEDICULADO ☐ LESÃO _____ ☐ DUODENO ☐ 1ª PORÇÃO ☐ 2ª PORÇÃO ☐ JEJUNO ☐ ÍLEO

INDICAÇÃO: _____

_____

INTESTINO GROSSO: ☐ PÓLIPO ☐ SÉSSIL ☐ PEDICULADO ☐ LESÃO _____ ☐ CÓLON DIREITO ☐ ASCENDENTE

☐ CECO ☐ TRANSVERSO ☐ COLON ESQUERDO ☐ DESCENDENTE ☐ SIGMOIDE ☐ RETO ☐ RETOSSIGMOIDE

☒ IMUNO-HISTOQUÍMICA, SE NECESSÁRIO, PARA COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA.

INDICAÇÃO: _____

_____

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

Data: ___/___/___

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 diagnósticos 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: 52.322977 / Patologista RQE: 9414 / Citopatologista RQE: 15531
Av. 28 de Setembro, 389 - sala 317 - Vila Isabel - RJ - CEP: 20551-031 CNPJ: 35.855.386/0001-06
(21) 2576-9667 / (21) 2576-2889 (21) 99736-7357 labhe.com.br labhe@labhe.com.br