LABORATÓRIO DE PATOLOGIA
medicina diagnóstica

espaço reservado ao laboratório para identificação única da amostra

REQUISIÇÃO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA / CITOPATOLOGIA / BIOLOGIA MOLECULAR

Nome: _____

_____ **CPF:** _____

Nome da mãe: _____

Nome social: _____ **Gênero de identif.:** _____

Sexo Biológico: **Masc.** ☐ **Fem.** ☐ **DUM:** __/__/__ **Data de nasc.:** __/__/__ **Idade:** _____

Procedência: _____ **Particular** ☐ **Fatura** ☐ **Data da coleta:** __/__/__ **Hora:** _____

Convênio: _____ **Nº Carteira:** _____

Nº de frascos: _____ **Nº de lâminas:** _____ **Data da Entrada:** __/__/__

TIPO DE PROCEDIMENTO / AMOSTRA

PATOLOGIA CIRÚRGICA

Ⓑ **Biópsia incisional de:** _____

_____

_____

Ⓑ **Biópsia/ressecção excisional de:** _____

_____

_____

Ⓟ **Peça cirúrgica:** _____

_____

_____

Identificação das margens

Margens cirúrgicas marcadas: ☐ SISTEMA S.I.M

☐ às 12h ☐ Outro: _____

_____

☒ Imuno-histoquímica, se necessário, para complementação diagnóstica.

Material acondicionado em:

☐ formol tamponado 10%

CITOLOGIA ESPECIAL

☐ Convencional ☐ Meio líquido

Líquidos: ☐ Ascite ☐ Pericárdio ☐ Pleura

☐ Urina ☐ Líquor ☐ Lavado Broncoalveolar

Escovado: ☐ Brônquico ☐ Anal

Outro: _____

Raspado: _____

Imprint: _____

Descarga papilar: ☐ mama dir. ☐ mama esq.

PAAF

Tireoide: ☐ LD ☐ LE Terço: _____

TI-RADS: _____

Mama: ☐ MD ☐ ME Quadrante: _____

BI-RADS: _____

Outro: _____

Material acondicionado em:

☐ formol tamponado 10% ☐ álcool 50% ☐ à fresco

Indicação/Hipótese diagnóstica: _____

_____

_____

Exames laboratoriais/imagem: _____

_____

HPP: _____

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 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) 2596-2889 (21) 99736-7357 labhe.com.br labhe@labhe.com.br