IPPF

Patologia e Biologia Molecular

Exame solicitado:

☐ Anatomopatológico ☐ Citopatológico ☐ Imuno-histoquímica

NOME: _____

_____

CPF: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____ SEXO: _____

NOME DA MÃE: _____ CONVÊNIO: _____ Nº CONVÊNIO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

PROCEDÊNCIA: ☐ Hospital: _____ Quarto / Leito: _____ Atend.: _____

☐ Clínica / Consultório: _____

* É indispensável o preenchimento e assinatura do termo de consentimento informado no verso desta requisição

LOCAL DA AMOSTRA / HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / DADOS CLÍNICOS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

2º VIA PARA O Dr.(a): _____

DATA DA COLETA: ____/____/____ HORA DA COLETA: _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL ENVIADO:

Nº DE LÂMINAS: _____ Nº FRASCOS: _____ Nº SACOS: _____

Nº DE SERINGAS/AGULHAS: _____

ASSINATURA / CARIMBO / CRM

Para mais informações e orientações consultar nosso manual sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras.

ETIQUETAS (USO DO IPPF)

PARA USO DO IPPF:

TÉCNICA	TÉCNICA	TÉCNICA
Data: ___/___/___ Blocos: _____	Data: ___/___/___ Blocos: _____	Data: ___/___/___ Blocos: _____
☐ Cortes seriados	☐ Cortes seriados	☐ Cortes seriados
☐ Novo HE	☐ Novo HE	☐ Novo HE
☐ Aprof.	☐ Aprof.	☐ Aprof.
☐ Incluir tudo (IT)	☐ Incluir tudo (IT)	☐ Incluir tudo (IT)
☐ Recortes:	☐ Recortes:	☐ Recortes:
☐ Color. especiais: _____	☐ Color. especiais: _____	☐ Color. especiais: _____
☐ CITO: _____	☐ CITO: _____	☐ CITO: _____
PARA: _____	PARA: _____	PARA: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA, REALIZAÇÃO DE EXAME E ENTREGA DE RESULTADO

Eu, _____, CPF nº _____, ( ) paciente ( ) responsável – grau de parentesco _____, AUTORIZO o transporte da amostra de material biológico coletado para a realização de exame anatomopatológico e/ou citopatológico no IPPF, bem como o envio da amostra já processada para análise complementar (imuno-histoquímica, biologia molecular e/ou consultoria externa), caso necessário, para laboratório conveniado ou contratualmente vinculado ao IPPF.

Declaro, ainda, que:

I. Recebi do IPPF todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelos estabelecimentos envolvidos para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no IPPF e laboratório conveniado ou contratualmente vinculado ao IPPF, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2169/2017;

II. Fui informado e cientificado da opção de pessoalmente encaminhar ou transportar a amostra para a realização de exame em outro laboratório; e optei pelo procedimento disponibilizado pelo IPPF, ora autorizado.

III. Autorizo que o resultado do exame (primeira/segunda via) seja entregue ao médico assistente (consultório/e-mail) ou terceiro, portando o meu documento de identificação.

IV. Os resultados dos exames são entregues em até 10 dias úteis, exceto material com necessidade de descalcificação, casos em estudo, consultoria externa (laboratório de apoio) e amostras com restrições.

V. O médico assistente é co-responsável pelas condições de coleta, acondicionamento e transporte do material biológico entregue ao IPPF, devendo orientar o paciente ou responsável pela entrega das amostras. A responsabilidade do IPPF com o material começa a partir do momento de sua entrega neste laboratório ou posto de coleta.

Passo Fundo - RS, _____/_____/_____ Assinatura do paciente/responsável: _____