

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____

Data Nascimento: _____ Gênero: _____ RG: _____

CPF: _____ Nome da Mãe: _____

Tel.: _____ N.o Prontuário: _____ Convênio: _____

TIPO DE EXAME SOLICITADO

ANATOMOPATOLÓGICO

CITOLOGIA ONCÓTICA GERAL

COLPOCITOLOGIA

IMUNO-HISTOQUÍMICA

PATOLOGIA MOLECULAR

OUTROS: _____

MATERIAL ENVIADO

Número de Frascos Enviados: _____ Número da Lâmina: _____

Data da Coleta: _____ Hora da Coleta: _____

DADOS CLÍNICOS RELEVANTES

HIPÓTESE CLÍNICA

Dr.: _____

Data: ____ / ____ / ____



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para análise e transporte de amostra de material biológico

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado, neste ato e na melhor forma de direito, autoriza que o material biológico coletado para exame anatomopatológico e/ou citopatológico seja encaminhado para equipe médica do laboratório de Patologia de Franca (Patologia Soares), por indicação do médico assistente. Eventuais casos selecionados, de difícil conclusão diagnóstica, poderão ser enviados para laboratórios de consultoria no Brasil e no exterior.

Declara ter ciência que será mantida a confidencialidade sobre os dados e resultados e autoriza, quando necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa de realização do exame.

Declara estar ciente que caso haja material remanescente após análise e armazenamento seguindo prazos previstos no Programa de Acreditação e controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (Pacq-SBP), o material será descartado pelo Patologia Soares.

Por fim, declara ter ciência de que o Laboratório seguirá todas as medidas elencadas em sua Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, a fim de coletar, tratar, guardar e eliminar as informações pessoais de seus pacientes dentro da norma vigente. O Laboratório Patologia Soares adota a presente medida, a fim de garantir a segurança e o não vazamento dos dados pessoais de seus pacientes, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Diretor técnico do laboratório de Patologia Soares: Dr. Marcos Gomes Figueira - CRM 116.580

Nome do paciente: _____

Nome do responsável legal (se for o caso): _____

Grau de parentesco (se for o caso): _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data: _____

Assinatura: _____