

## REQUISIÇÃO DE PATOLOGIA OCULAR E ANEXOS

- ANATOMOPATOLÓGICO     CITOPATOLOGIA  
 IMUNO-HISTOQUÍMICO     PATOLOGIA MOLECULAR  
 IMUNOFLUORESCÊNCIA  
 OUTROS \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

MATERIAL: \_\_\_\_\_

Nº DE FRASCOS: \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTO

INCISIONAL     EXCISIONAL     SHAVING     RASPAGEM     PUNÇÃO     ENUCLEAÇÃO     ORBITECTOMIA     MARGENS

SIM

### LOCALIZAÇÃO

LATERALIDADE:  OD     OE     PÁLPEBRA     CONJUNTIVA     CÓRNEA     ESCLERA     ÍRIS     RETINA     ÓRBITA

NÃO

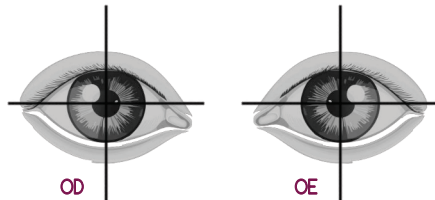
OUTROS: \_\_\_\_\_

### LESÃO

TIPO:  NODULAR     CÍSTICA     ULCERADA     PAPILOMATOSA

COR:  BRANCA     ERITEMATOSA     AMARELADA     PIGMENTADA

LIMITES:  PRECISOS     IMPRECISOS



### HISTÓRICO CLÍNICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HIPÓTESE(S) CLÍNICA(S)

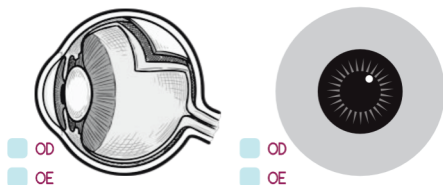
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



DATA E HORA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

MÉDICO / CRM: \_\_\_\_\_

- ENVIAR REQUISIÇÕES  
 ENVIAR FRASCOS/CARTELAS  
 URGÊNCIA

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO  
PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG ou CPF

\_\_\_\_\_ ( ) paciente ou ( ) responsável

por \_\_\_\_\_ grau de

parentesco \_\_\_\_\_, declaro que fui informado de que a amostra do

material biológico coletado para exame anatomopatológico/ citopatológico será

encaminhada, por indicação do médico, e minha autorização, para o laboratório CITOLAB –

Laboratório de Citologia Clínica e Histopatologia, localizado no endereço: Av. Vicente

Machado, 1150 – Batel – Curitiba – PR. Tel.: (41) 3222 - 9560. Diretor técnico: Dra. Mara Rejane

Rodrigues Correa Segalla – CRM/PR 10183, contratualmente vinculado a este estabelecimento.

( ) Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio,

condicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada

no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2169/2017.

( ) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia

assinado acima.

( ) Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a

amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

( ) Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que

estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre

meus dados pessoais e resultados das análises.

( ) Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização

do exame.

( ) Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

1º Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2º Testemunha:

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_