

REQUISIÇÃO GINECOLÓGICA / UROLÓGICA

NOME: _____ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG/CPF: _____ CONVÊNIO: _____

NOME DA MÃE: _____

MATERIAL

COLO VAGINA VULVA URETRA ÂNUS PÊNIS MUCOSA BUCAL MAMA URINA OUTROS _____

EXAMES SOLICITADOS

ANATOMOPATOLÓGICO CERVICOVAGINAL MEIO LÍQUIDO CERVICOVAGINAL CONVENCIONAL CITOLOGIA ESPECIAL
 PUNÇÃO ASPIRATIVA IMUNOISTO/CITOQUÍMICA CITOLOGIA HORMONAL OUTROS _____

PESQUISA MOLECULAR PARA HPV

ALTO GRAU (16/18)
 BAIXO GRAU

HIBRIDIZAÇÃO PARA HPV - 36 TIPOS

PERFIL DE TROMBOFILIA

FATOR V DE LEIDEN (R506G) (H1299R) (Y1702C)
 MUTAÇÃO DE PROTROMBINA (G20210A)
 METILENOTETRAIDROFOLATO REDUTASE, MUTAÇÃO C677T
 METILENOTETRAIDROFOLATO, MUTAÇÃO A1298C

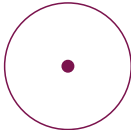
PESQUISA DE "DECOY CELLS"

PESQUISA MOLECULAR DE AGENTES INFECIOSOS

PAINEL IST/DST
(CHLAMYDIA TRACHOMATIS, NEISSERIA GONORRHOEAE, MYCOPLASMA GENITALIUM,
MYCOPLASMA HOMINIS, TRICHOMONAS VAGINALIS, UREAPLASMA UREALYTICUM, UREAPLASMA PARVUM)
 PAINEL PARA CÂNDIDAS
 PAINEL DE VAGINOSE BACTERIANA
 CHLAMYDIA TRACHOMATIS
 GONOCOCO (NEISSERIA GONORRHOEAE)
 HERPES SIMPLES 1 E 2
 STREPTOCOCCUS AGALACTIE
 TREPONEMA PALLADIUM

OBSERVAÇÕES:

VIDA SEXUAL	GESTANTE	LACTANTE	MENOPAUSA	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
DUM _____	G _____	P _____	C _____	A _____
ÚLTIMO PARTO _____		MÉTODO ANTICONCEPCIONAL _____		
CONTEÚDO VAGINAL _____				
ASPECTO DO COLO _____				
TESTE DE SCHILLER _____				
IODO _____				



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, acondicionamento 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 assinalado 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: _____