

## REQUISIÇÃO PARA PATOLOGIA DIGESTIVA E ENDOSCÓPICA

- ANATOMOPATOLÓGICO     H. PYLORI
- IMUNO-HISTOQUÍMICO     PATOLOGIA MOLECULAR
- CITOPATOLOGIA
- OUTROS \_\_\_\_\_

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

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

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

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

Nº DE FRASCOS: \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTO

EDA     COLONOSCOPIA     POLIPECTOMIA     MUCOSECTOMIA     ESD \_\_\_\_\_

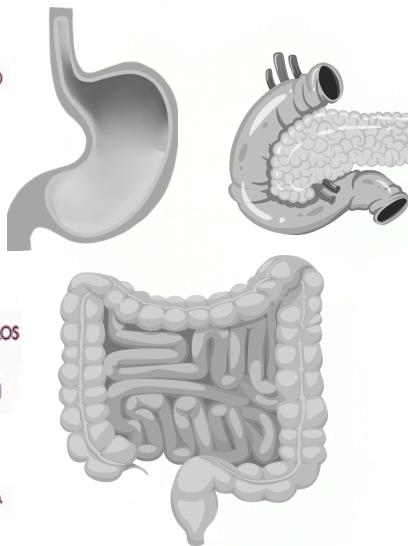
### TOPOGRAFIA

ESÔFAGO:  PROXIMAL     MÉDIO     DISTAL

ESTÔMAGO:  CÁRDIA     FUNDO     CORPO     ANTRO

DUODENO:  BULBO     D2

CÓLON:  CECO     ASCENDENTE     TRANSVERSO  
 DESCENDENTE     SIGMOIDE     RETO



### ASPECTO ENDOSCÓPICO

PÓLIPO     BARRETT     EROÇÃO     ULCERAÇÃO

MASSA     ÁREA PLANA     LESÃO INFILTRATIVA

### HIPÓTESE CLÍNICA

GASTRITE     H. PYLORI     DII     ADENOMA

DISPLASIA     NEOPLASIA     VIGILÂNCIA     \_\_\_\_\_

### PROTÓCOLOS

OLGIA

OLGIM

### DADOS COMPLEMENTARES

USO DE IBP     H. PYLORI PRÉVIO     DII CONHECIDA

BARRETT PRÉVIO     PÓLIPO PRÉVIO     HISTÓRICO FAMILIAR DE NEOPLASIA

### HISTÓRICO CLÍNICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_