



Exame de Papanicolaou

Requisição para exame

Nome: _____

Idade: _____ Uso de DIU: _____

Última menstruação: ____ / ____ / ____ Uso ACO ou TRH: _____

Dados clínicos: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Coloscopia:

Teste de Schiller:



Exames anteriores: _____

Cirurgia ginecológica: _____

Radioterapia ou quimioterapia: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura - Médico requisitante

Preenchimento obrigatório.

Termo de esclarecimento, informação e consentimento para transporte de amostra

Eu, _____,
_____, documento de identidade
nº _____ () paciente () responsá-
vel (grau de parentesco _____), declaro que
estou ciente que a amostra do material biológico coletado para exame anato-
mopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico) será encaminhada para
o laboratório de patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a este
estabelecimento:

Laboratório: **DB Patologia**

Endereço: **Av Victor Andrew, nº 1470 – Zona Industrial - Sorocaba/SP**

Tel.: **(15) 3226-8847**

Responsável técnica: **Dra. Renata Silvia Sacchi - CRM 121316**

() 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 2.074/2014.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório
de patologia assinalado acima.

() Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente
encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro
laboratório da minha confiança, porém, autorizo que a mesma seja
transportada pelo laboratório de patologia.

Observações: _____

Cidade: _____

Data: _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente ou responsável: _____

1ª testemunha

Nome completo: _____

Nº de identidade : _____

Assinatura: _____

(Responsável pela aplicação do termo)

2ª testemunha

Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

(Responsável pela aplicação do termo)