



**DB**   
**patologia**

**RQ 0535**  
**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

Esta requisição faz parte do exame e deverá acompanhar o material coletado.

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01



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 anatomo-  
patológico 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)