

## Identificação do paciente

Nome: \_\_\_\_\_ CPF/RG: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  Masculino  Feminino

Mãe: \_\_\_\_\_

Data/Hora de Coleta: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ - \_\_\_:\_\_\_

## Identificação da amostra

Topografia, região anatômica de obtenção da amostra

Orientação: descreva todas as amostras, quantidade e região de coleta

Descrição de amostra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qtd de frascos/sacos cirúrgicos: (\_\_\_/\_\_\_)

## Obtenção da amostra

Biópsia incisional  Biópsia excisional  Peças cirúrgicas  
 PAAF  Punções e raspados  Outros: \_\_\_\_\_

## Exames solicitados

Histopatológico  Citologia Oncótica  Revisão de exame  
 Citologia PAAF  Imuno-histoquímica  
 Hibridização in situ – FISH/CISH: \_\_\_\_\_  
 Biologia molecular – PCR/NGS: \_\_\_\_\_  
 Imunofluorescência  
 Microscopia Eletrônica

Acesse o portfólio de exames do  
DB Patologia através do QR Code:



## Dados clínicos

Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informações clínicas e exames relevantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Médico solicitante

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

CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

## Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identidade nº \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente que o material biológico acima descrito será encaminhada para o 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

Cidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

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