

COLE AQUI
ETIQUETA DB**RQ-1424 PECLAMPS – PRÉ-ECLÂMPZIA SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRE*****Todos os dados são imprescindíveis****Dados do paciente**

*Nome completo: _____

*RG/CPF: _____ Telefone: () _____

*Data de nascimento: ____/____/____ (dia/mês/ano)

E-mail: _____

Endereço: _____

Dados do médico solicitante

Nome completo: _____

CRM: _____ Código do cliente: _____

E-mail: _____

Telefone: () _____

Especialidade: _____ Nome do centro/Hospital: _____

Endereço: _____

Dados da amostra

Nº da amostra: _____ *Data da extração: ____/____/____ (dia/mês/ano)

Dados clínicos da paciente

Idade gestacional: _____ semanas _____ dias

Observações: _____

Assinatura do médico solicitante

Ao assinar este formulário, certifico que previamente a realização do Pré-eclâmpsia Test – diagnóstico, informei a paciente sobre os riscos e as implicações da realização deste teste. Certifico que sanei todas as dúvidas da paciente e que recebi o seu consentimento explícito para a realização do teste.

Assinatura do Médico: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do paciente

Ao assinar este questionário, certifico ser maior de 18 anos de idade e consentir na realização do **Pré-eclâmpsia Test – diagnóstico**.

Assinatura do paciente: _____ Data: ____/____/____

Dados de faturamento Paciente Sociedade médica: _____ Médico solicitante Outro: _____

De acordo com a Lei Orgânica 15/1999, sobre Proteção de Dados Pessoais, e a Lei 41/2002, Regulamentação Básica da Autonomia do Paciente, informamos que seus dados de caráter pessoal, de identificação e de saúde serão incorporados em um arquivo de propriedade da SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SA, de CIF A-59845875 e endereço C/Verge de Guadalupe 18, 08950 - Esplugues de Llobregat, e serão utilizados unicamente para fornecermos o serviço de saúde requerido, comunicar-nos com você e faturar o serviço prestado. Você pode exercer os direitos de acesso, retificação, cancelamento e, quando for o caso, oposição, enviando um e-mail para atencion.cliente@synlab.com.