

Exame solicitado Anatomopatológico / Endoscópicos

NOME: _____

CPF: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____ SEXO: _____

NOME DA MÃE: _____ CONVÊNIO: _____ Nº CONVÊNIO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

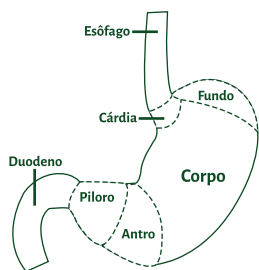
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

PROCEDÊNCIA: ☐ Hospital: _____ Quarto / Leito: _____ Atend.: _____

☐ Clínica / Consultório: _____

*** É indispensável o preenchimento e assinatura do termo de consentimento informado no verso desta requisição**

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



LOCAL DA AMOSTRA:

ASPECTOS ENDOSCÓPICOS:

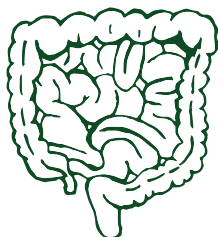
- ☐ Edema
☐ Enantema
☐ Friabilidade
☐ Erosão
☐ Atrofia das pragas mucosas
☐ Nodulosidade

- ☐ Visibilidade da vascularização
☐ Lesão exofítica
☐ Lesão Plana
☐ Lesão ulcerada
☐ Lesão infiltrativa

HISTÓRIA CLÍNICA:

- ☐ Tratamento prévio para H. pylori
☐ História familiar de câncer
☐ Fumo
☐ Álcool
☐ Antibióticos / anti-inflamatórios
☐ Cirurgias prévias do TGI

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA



LOCAL DA AMOSTRA:

ASPECTOS ENDOSCÓPICOS:

- ☐ Polipoide sésil ☐ Lesão ulcerada ☐ Edema
☐ Polipoide pediculado ☐ Lesão infiltrativa ☐ Enantema
☐ Lesão plana ☐ Erosão ☐ Friabilidade

HISTÓRIA CLÍNICA:

- ☐ Cirurgias prévias do TGI
☐ História familiar de câncer
☐ Uso de fármacos

MÉDICO SOLICITANTE: _____

2ª VIA PARA O Dr.(a): _____

DATA DA COLETA: ____/____/____

HORA DA COLETA/FIXAÇÃO EM FORMOL: _____

Nº DE FRASCOS: _____

ASSINATURA / CARIMBO / CRM

Em caso de paciente internado e/ou em cirurgia, que não tem condições de firmar o termo de esclarecimento, informação e consentimento para o transporte da amostra e material biológico a ser entregue ao IPPF para realização de exame e entrega de resultado, o médico solicitante suprirá a assinatura para estes fins.

Para mais informações e orientações consultar nosso manual de coleta, acondicionamento e transporte de amostras.

PARA USO DO IPPF:

TÉCNICA Data: ____/____/____ Blocos: ☐ Cortes seriados ☐ Novo HE ☐ Aprof. ☐ Incluir tudo (IT) ☐ Recortes: ☐ Color. especiais: _____ PARA: _____	TÉCNICA Data: ____/____/____ Blocos: ☐ Cortes seriados ☐ Novo HE ☐ Aprof. ☐ Incluir tudo (IT) ☐ Recortes: ☐ Color. especiais: _____ PARA: _____	TÉCNICA Data: ____/____/____ Blocos: ☐ Cortes seriados ☐ Novo HE ☐ Aprof. ☐ Incluir tudo (IT) ☐ Recortes: ☐ Color. especiais: _____ PARA: _____
--	--	--

TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA, REALIZAÇÃO DE EXAME E ENTREGA DE RESULTADO

Eu, _____, CPF nº _____, () paciente () responsável – grau de parentesco _____, AUTORIZO o transporte da amostra de material biológico coletado para a realização de exame anatomicopatológico e/ou citopatológico no IPPF, bem como o envio da amostra já processada para análise complementar (imuno-histoquímica, biologia molecular e/ou consultoria externa), caso necessário, para laboratório conveniado ou contratualmente vinculado ao IPPF.

Declaro, ainda, que:

I. Recebi do IPPF todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelos estabelecimentos envolvidos para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no IPPF e laboratório conveniado ou contratualmente vinculado ao IPPF, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2169/2017;

II. Fui informado e cientificado da opção de pessoalmente encaminhar ou transportar a amostra para a realização de exame em outro laboratório; e optei pelo procedimento disponibilizado pelo IPPF, ora autorizado.

III. Autorizo que o resultado do exame (primeira/segunda via) seja entregue ao médico assistente (consultório/e-mail) ou terceiro, portando o meu documento de identificação.

IV. Os resultados dos exames são entregues em até 10 dias úteis, exceto material com necessidade de descalcificação, casos em estudo, consultoria externa (laboratório de apoio) e amostras com restrições.

V. O médico assistente é co-responsável pelas condições de coleta, acondicionamento e transporte do material biológico entregue ao IPPF, devendo orientar o paciente ou responsável pela entrega das amostras. A responsabilidade do IPPF com o material começa a partir do momento de sua entrega neste laboratório ou posto de coleta.

Passo Fundo - RS, ____/____/____

Assinatura do paciente/responsável: _____

Diagnósticos em favor da vida desde 1975!

Passo Fundo: (54) 3327-3327 | Passo Fundo 1: Matriz - Rua Teixeira Soares, 885, Centro | **Passo Fundo 2:** Hospital de Clínicas - Rua Uruguai, 590 | **Passo Fundo 3:** Kozma Premium - Rua Eduardo de Brito, 1570 | **Passo Fundo 4:** Kozma PET/CT - Rua Uruguai, 2050 | **Ijuí (55) 3195-0828:** Rua João Perondi, 07 | **Florianópolis (48) 3209-0235:** Imunocore - Rua Doutor Carlos Correa, 141 | **Chapecó (49) 3329-5861:** Kozma Medicina Diagnóstica - Rua São Marcos, 1259