

SOLICITAÇÃO DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS/ CITOPATOLÓGICOS

Nome do paciente:		Data de nascimento:	
Sexo:	CPF:	RG:	Celular:
Nome da mãe do paciente:		Email:	
Convênio:	Plano:	Nº carteirinha:	
Médico:		Celular:	
E-mail:	CRM:	Data da coleta:	

Exame solicitado:
Topografia/ tipo de material:
Quantidade de frascos:

- () biopsia _____
- () peça cirúrgica _____
- () material citológico _____
- () exame peroperatório por congelamento _____
- () imunoistoquímica _____
- () biologia molecular (FISH, PCR etc) _____
- () imunofluorescência _____
- () revisão de lâmina _____

Informes clínicos relevantes: _____

Dados laboratoriais relevantes: _____

Achados relevantes de exames de imagens: _____

ATENÇÃO! COLETA: Colocar as biópsias em formalina 12%. Para os exames citológicos fazer um esfregaço fino no centro da lâmina, colocando-a imediatamente em álcool comercial puro ou aspergindo fixador citológico alcoólico. Antes de colher as amostras, verifique em nossa página o guia de "COMO FAZER SEU EXAME CHEGAR AO LABORATÓRIO MULTIPAT", para adequada identificação, acondicionamento e fixação dos materiais. Utilize o verso deste impresso para mais informações clínicas, se necessário.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Eu, abaixo assinado, declaro estar ciente e de acordo com a necessidade de envio do meu material biológico coletado para o Laboratório Multipat, para análise pelo médico patologista. O Laboratório está situado no endereço constando do cabeçalho deste formulário, em Campinas, SP. Declaro ter sido informado que, se não estivesse de acordo com o Laboratório Multipat indicado, teria o direito de levar minha amostra para outro Laboratório de minha escolha.

Estou ciente de que minha amostra será transportada dentro das regras de boas práticas de segurança. Fui informado que as lâminas e blocos de tecido permanecerão sob guarda do Laboratório Multipat até o momento em que eu desejar retirá-lo de lá, mediante termo de retirada, ou que o Laboratório Multipat tenha permissão de descartá-lo, após cumprido o período legal para sua guarda.

Estou ciente e de acordo com o prazo de execução dos exames, uma vez que há necessidade de processamento e análise dos materiais. Estes prazos serão os menores possíveis, dentro da especialidade, porém fui informado que atrasos eventuais poderão ocorrer, em razão de problemas técnicos ou pela necessidade de consultoria com outros especialistas.

Fui informado também que os exames anatomopatológicos, citopatológicos, imunoistoquímicos, de imunofluorescência, peroperatórios ou moleculares serão cobrados separadamente dos outros procedimentos que realizei no Hospital ou Clínica. Concordo que, caso meu convênio não aceite a cobertura deste exame, serei responsável pelo seu pagamento ou retirarei as amostras do Laboratório Multipat para dar o destino que desejar ao material.

Para os fins da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), neste ato, manifesto meu consentimento livre e expresso para o tratamento de meus dados pessoais (inclusive sensíveis), nos termos do artigo 7º, I, da referida legislação, pelo médico desta Clínica/Hospital, responsável por esta solicitação, na qualidade de controlador, podendo compartilhar tais dados com o Laboratório Multipat. Autorizo o Laboratório Multipat a tratar meus dados pessoais (inclusive sensíveis), na qualidade de controlador, bem como compartilhá-los com o médico solicitante e com o plano de saúde, para fins de processamento de pagamento. Ainda, declaro ciência de que os dados serão tratados e mantidos em arquivo pelo prazo legal de guarda de documentos e exames médicos. Tenho ciência também que o presente consentimento livre e expresso poderá ser revogado por mim a qualquer momento, devendo, para tanto, comunicar expressamente o controlador dos dados acima indicado, por meio de carta, e-mail ou outro canal de comunicação disponibilizado pelo controlador de dados.

No caso de paciente menor de idade ou incapacitado a dar este consentimento, o presente termo será assinado pelo responsável legal.

Caso deseje autorizar um responsável pelos procedimentos realizados a este exame, completar abaixo:

Nome do responsável:	RG ou CPF: Data:	Assinatura do paciente ou responsável:
----------------------	---------------------	--