



Solicitação de Citologia Ginecológica Convencional Citologia Ginecológica em meio líquido / Biologia Molecular

NOME: _____

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

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

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

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

Clínica / Consultório: _____

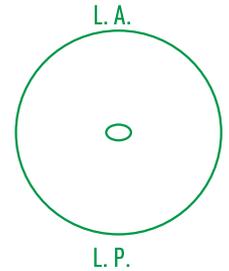
*** É indispensável o preenchimento e assinatura do termo de consentimento informado no verso desta requisição**

HISTÓRIA CLÍNICA:

- Abortamento recente
- Anticoncepção
- Cirurgias prévias
- D.I.U.
- D.U.M. ____/____/____

- Gravidez atual
- História prévia de câncer de colo / endométrio
- Lactação
- Leucorréia
- Prurido

- Radioterapia
- Reposição hormonal
- Sinusorragia



INFORMAÇÕES DAS AMOSTRAS/EXAMES:

QUANTIDADE DE LÂMINAS: _____

QUANTIDADE DE FRASCOS: _____

INFORMAÇÕES COLPOSCÓPICAS / ADICIONAIS: _____

CITOLOGIA:

- Citologia convencional
 - Cervical/ecto e endocérvice
 - Vaginal

- Citologia em meio líquido
 - Cervical/ecto e endocérvice
 - Vaginal

- Vulvar
- Anal

CAPTURA HÍBRIDA:

- Clamídia/Gonococo
- HPV alto risco
- HPV baixo risco

PCR PARA:

- Combo IST
- Clamídia
- Gonococo
- HPV de alto risco - genotipagem 16 e 18
- HPV de baixo risco - genotipagem 6 e 11
- Mycoplasma

- Ureaplasma
- Herpes simples 1 e 2
- Perfil trombose

HPV DE ALTO E BAIXO RISCO POR HIBRIDIZAÇÃO Outros: _____

* Nosso setor de Biologia Molecular está à disposição para qualquer dúvida, pelo WhatsApp 54 99952-7028 (Alessandra)

MÉDICO SOLICITANTE: _____

2º VIA PARA O Dr.(a): _____

DATA DA COLETA: ____/____/____

HORA DA COLETA: _____

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 sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras.

COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)	COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)	COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)	COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)
COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)	COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)	COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)	COLAR ETIQUETA COM CÓDIGO DE BARRAS AQUI (USO DO IPPF)

ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA:

Satisfatório

Satisfatório, com presença de:

- Células endocervicais
 Células metaplásticas

Espécime processado e examinado mas com:

- Ausência de células endocervicais
 Deficiência de fixação
 Excesso de muco e / ou hemácias
 Excesso de leucócitos
 Outros: _____

Característica do espécime:

* Predomínio de células

- Superficiais
 Intermediárias
 Profundas
 Outras: _____

Insatisfatório, processado e examinado mas com:

- Deficiência de fixação
 Excesso de hemácias e/ou muco
 Material insuficiente para diagnóstico
 Material insuficiente e com artefatos de dessecamento
 Excesso de leucócitos
 Outros: _____

Alterações celulares reativas provavelmente associadas à

- Inflamação Reparo
 Radiação Metaplasia escamosa
 Dispositivo intrauterino Cervicite folicular
 Atrofia com inflamação Hipotrofia
 Atrofia
 Outros: _____

* Microbiologia

- Trichomonas vaginalis
 Organismos fúngicos com características de Candida spp.
 Modificações em flora vaginal sugestivas de vaginose bacteriana
 Bactérias com características do Actinomyces spp.
 Alterações celulares associadas com Herpes simplex vírus
 Outros: _____

* Diagnóstico

- Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade

Anormalidade em células epiteliais escamosas:

- L-Sil / Efeito citopático compatível com HPV
 H-Sil
 H-Sil, não podendo excluir microinvasão
 Carcinoma invasor
 ASC-US
 ASC-H
 Outros: _____

Anormalidade em células epiteliais glandulares:

- Atípicas em células glandulares, provavelmente não neoplásicas
 Atípicas em células glandulares, favorecendo neoplasia
 Adenocarcinoma endocervical invasor
 Outras neoplasias malignas

NOTA: _____

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 anatomopatológico 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!

PASSO FUNDO/RS - 54 3327-3327 | **MATRIZ:** Rua Teixeira Soares, 885, 9º andar | **HOSPITAL DE CLÍNICAS:** Rua Uruguai, 590, 9º andar | **KOZMA MEDICINA DIAGNÓSTICA - PREMIUM:** Rua Eduardo de Brito, 1570 | **KOZMA MEDICINA DIAGNÓSTICA - PET/CT:** Rua Uruguai, 2050 | **IJUÍ/RS** - 55 3195-0828 - Rua João Perondi, 07, sala 104, Centro | **CHAPECÓ/SC** - 49 3329-5861 - **KOZMA MEDICINA DIAGNÓSTICA:** Rua São Marcos, 1259, Bairro Santa Maria.