



## 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: \_\_\_\_\_

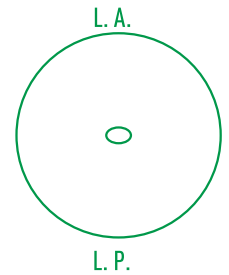
CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA:  Hospital: \_\_\_\_\_ Quarto / Leito: \_\_\_\_\_ Atend.: \_\_\_\_\_  
 Clínica / Consultório: \_\_\_\_\_

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

### HISTÓRIA CLÍNICA:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abortamento recente   | <input type="checkbox"/> Gravidez atual                                 | <input type="checkbox"/> Radioterapia       |
| <input type="checkbox"/> Anticoncepção         | <input type="checkbox"/> História prévia de câncer de colo / endométrio | <input type="checkbox"/> Reposição hormonal |
| <input type="checkbox"/> Cirurgias prévias     | <input type="checkbox"/> Lactação                                       | <input type="checkbox"/> Sinusorragia       |
| <input type="checkbox"/> D.I.U.                | <input type="checkbox"/> Leucorréia                                     |   |
| <input type="checkbox"/> D.U.M. ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Prurido  |   |



### INFORMAÇÕES DAS AMOSTRAS/EXAMES:

QUANTIDADE DE LÂMINAS: \_\_\_\_\_

QUANTIDADE DE FRASCOS: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES COLPOSCÓPICAS / ADICIONAIS: \_\_\_\_\_

### CITOLOGIA:

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Citologia convencional      | <input type="checkbox"/> Citologia em meio líquido   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Cervical/ecto e endocérvice | <input type="checkbox"/> Cervical/ecto e endocérvice | <input type="checkbox"/> Vulvar |
| <input type="checkbox"/> Vaginal                     | <input type="checkbox"/> Vaginal                     | <input type="checkbox"/> 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.