



## Solicitação de Exames Endoscópicos

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ Nº CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

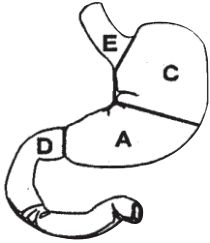
CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

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 pregas mucosas
- Nodosidade

- Visibilidade da vascularização
- Lesão exoftíca
- 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
- Polipoide pediculado
- Lesão plana
- Lesão ulcerada
- Lesão infiltrativa
- Erosão

- Edema
- Enantema
- Friabilidade

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

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

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

2º VIA PARA O Dr.(a): \_\_\_\_\_

DATA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA DA COLETA: \_\_\_\_\_

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 sobre coleta, acondicionamento e transporte de amostras.

## PARA USO DO IPPF:

<p>TÉCNICA</p> <p>Data: ___/___/___ Blocos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cortes seriados</p> <p><input type="checkbox"/> Novo HE</p> <p><input type="checkbox"/> Aprof.</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir tudo (IT)</p> <p><input type="checkbox"/> Recortes:</p> <p><input type="checkbox"/> Color. especiais: _____</p> <p>PARA: _____</p>
---

<p>TÉCNICA</p> <p>Data: ___/___/___ Blocos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cortes seriados</p> <p><input type="checkbox"/> Novo HE</p> <p><input type="checkbox"/> Aprof.</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir tudo (IT)</p> <p><input type="checkbox"/> Recortes:</p> <p><input type="checkbox"/> Color. especiais: _____</p> <p>PARA: _____</p>
---

<p>TÉCNICA</p> <p>Data: ___/___/___ Blocos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cortes seriados</p> <p><input type="checkbox"/> Novo HE</p> <p><input type="checkbox"/> Aprof.</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir tudo (IT)</p> <p><input type="checkbox"/> Recortes:</p> <p><input type="checkbox"/> Color. especiais: _____</p> <p>PARA: _____</p>
---

**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!**