



Nome _____
Nome da mãe _____
Hospital/Clinica _____
() Particular () Ético () SUS () Convênio _____ Matrícula/RG: _____
Idade _____ Data Nascimento ____/____/____ Sexo biológico () Fem. () Masc.
Telefone _____ E-mail _____

Dr. Antonio de Pádua
Gomes da Silva
CRM PR 3580 CRM SC 7864
CRM SP 17823

Dra. Larissa L. Gomes
da Silva
CRM PR 23885 CRO 11442
CRM SC 15264

Av. Sete de Setembro,
5426 L3, Térreo, Bairro Batel
CEP 80240-000
Curitiba PR
41 3242-0034

citopar@citopar.com.br
www.laboratoriocitopar.com.br

PROCEDIMENTOS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Biópsia | <input type="checkbox"/> Citologia Líquida Ginecológica | <input type="checkbox"/> Revisão de Lâmina |
| <input type="checkbox"/> Espécime Cirúrgico Radical | <input type="checkbox"/> Citologia Líquida não Ginecológica | <input type="checkbox"/> Captura Híbrida |
| <input type="checkbox"/> Biópsia de Congelação | <input type="checkbox"/> Imunohistoquímica | <input type="checkbox"/> Necrópsia |
| <input type="checkbox"/> Citologia Cérvico Vaginal | <input type="checkbox"/> Imunofluorescência | <input type="checkbox"/> Outros |

Espécime / Topografia _____

Número de frascos _____

Data da última menstruação ____/____/____ Gravidez atual? () Sim () Não

Resumo clínico / Dados operatórios _____

Data da coleta: ____/____/____ Médico solicitante: _____

Horário da coleta: _____

carimbo e assinatura

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador do RG nº _____

() paciente () responsável - grau de parentesco: _____, declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o Laboratório Citopar, para realização de exames de Anatomia Patológica, Citopatologia, Imuno-histocitoquímica e Biologia Molecular. Autorizo o Citopar a utilizar os dados constantes no cadastro para fins de informações sobre processos dos exames, análise e tratamento de dados, que possam ser utilizados no diagnóstico e pesquisa científica, conforme Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (lei 13.709/2018).

Assinatura paciente / responsável _____

NORMAS PARA ENVIO DAS AMOSTRAS

Preencher nome completo, data de nascimento do paciente, dados clínicos e cirúrgicos. Informe, se possível, a existência de exames prévios.

Preservação das amostras:

- Espécimes cirúrgicos e biópsias: fixados em formalina tamponada.
- Fetos e placentas: fixados em formalina tamponada - NÃO congelar.
- Líquidos e escarros: mantidos em geladeira ou fixados em preservador.
- Citologia Ginecológica, "Preventivo" ou "Papanicolau": fixação imediatamente após a coleta.
- Biópsias para Imunofluorescência: em Meio de Michel ou soro fisiológico - envio imediato ao laboratório.
- Citologia de base líquida, pesquisa de HPV e Captura Híbrida: coletar em frasco de citologia líquida ginecológica fixado com preservador.

Dúvidas? Verificar especificações no site: www.laboratoriocitopar.com.br e/ou ligar para o laboratório.

NORMAS PARA NÃO RECEBIMENTO/DEVOLUÇÃO DAS AMOSTRAS

Amostras sem identificação, sem requisição ou sem a documentação exigida.

Identificação errada ou duvidosa da amostra.

Espécimes cirúrgicos ou biópsias sem formalina ou com quantidade insuficiente.

Lâminas de Citologia Ginecológica, "Preventivo" ou "Papanicolau" quebradas ou não fixadas.

Amostras para Imunofluorescência não preservadas em Meio de Michel ou soro fisiológico.

Fetos encaminhados sem a placenta.

Exames não realizados pelo laboratório.

Exames retidos no local de origem acima do período estipulado a partir da data de coleta:

- Citologia Convencional, Citologia Líquida Ginecológica, Captura Híbrida e Citologia Especial: 6 meses.
- Citologia não Ginecológica: 6 meses com preservador; 1 semana sem preservador.
- Biópsia: 1 mês para peças pequenas; 15 dias para peças médias e grandes.

NOTA: As não conformidades com as amostras serão informadas via Protocolo de Devolução e entregues ao local de origem após conferência do responsável pelo recebimento de amostras.