

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Sexo () F () M

DN: ____/____/____ Nome da Mãe: _____

CPF: _____ Convênio: _____

Nº Carteira / CNS: _____

Médico: _____ CRM: _____

Data: ____/____/____ Procedimento: _____

Descrição do Material: _____

Dados Clínicos: _____

Quantidade de Frascos: _____

- | | |
|---|---|
| ☐ Anatomopatológico | ☐ Punção Aspirativa |
| ☐ Imunohistoquímica | ☐ Revisão de Lâmina |
| ☐ Captura Híbrida | ☐ Citologia em Líquido |
| ☐ Citologia Oncótica | ☐ Biologia Molecular |

Assinatura:
(Carimbo CRM)

Termo de consentimento:

Eu, na condição de paciente neste documento citado, declaro que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico especificado neste mesmo para o setor de anatomia patológica do **Laboratório LAPS**, situado à Rua Paraíba, Nº 39, bairro Eugênio Schneider, Rio do Sul (SC) para a realização dos exames solicitados conforme especificado pelo médico requisitante nesta solicitação.

Assinatura do paciente ou representante legal

Notas:

1. Preencher uma única solicitação de exames para amostras de mesmo órgão, região ou topografia. Levando em consideração as características do procedimento realizado. Para amostras de diferentes procedimentos, utilizar novo documento de solicitação de exames.
2. Todo material biológico enviado para análise deve estar devidamente identificado, de maneira legível, acondicionado em recipiente adequado e acompanhado de solicitação / requisição médica.
3. O material enviado deve ser previamente fixado conforme o tipo de exame a ser realizado e tipo/origem do material biológico. Para informações sobre coleta e fixação, consulte o **Manual de Coleta e Transporte de Amostras Biológicas**, disponível em nosso site, ou pelo QR code abaixo.

