



BRASIL  
APOIO  
MEDICINA DIAGNÓSTICA

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE BIÓPSIAS  
PARA O EXAME FISH PESQ DELECAO 1P 19Q  
GLIOMAOLIGODENDROGLIOMA (F1P19Q)**

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE - Campo Obrigatório**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF:\_\_\_ Tel: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXAME CITOLÓGICO**

Tipo de Amostra:  Convencional  Meio Líquido Para estudo:  Oncótico  Hormonal/Funcional  
Menarca: \_\_\_\_\_ Ult. Menstruação: \_\_\_\_\_ Ult. Parto: \_\_\_\_\_ Ciclo: \_\_\_\_\_ Diu? \_\_\_\_\_  
Schiller:  Positivo  Negativo TRH:  Sim  Não Anticoncepcional?  Sim  Não  
Coleta:  Vaginal  Cervical  Canal  Uretral  CellBlock Região: \_\_\_\_\_  PAAF Região: \_\_\_\_\_

Exames moleculares: Detecção de patógenos por PCR:  C.trachomatis  N. gonorrhoeae  U.urealyticum

M.genitalis  M. hominis T. Vaginalis  HPV: Detecção por  PCR  Captura Híbrida  Outros: \_\_\_\_\_

**EXAME ANATOMOPATOLÓGICO – TOPOGRAFIA**

Número de Amostras (quantidade de material): \_\_\_\_\_  
Lateralidade:  Esquerda  Direita  Bilateral  Não se aplica  
Tipo de Amostragem:  Biópsia Simples  Peça Cirúrg. Simples  Peça Cirúrg. Complexa  Outro

**RESULTADO DE EXAME PRE-OPERATÓRIO (Congelação)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES** (Imunohistoquímica, FISH, Biologia Molecular, Imunofluorescência, Microscopia Eletrônica e Hibridização In Situ)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE  
AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO (Resolução CFM nº 2169/2017)**

Eu, \_\_\_\_\_, nº de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente /  
( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e/ou citopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado:

Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do Diagnostika Patologia Clinica Cirúrgica, situado na Rua Frei Caneca, 1119 – Consolação, São Paulo – SP, cujo RT é a Dra Esther Vanessa Campos de Oliveira CRM SP: 138066.

Declaro que: ( ) Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2169/2017. ( ) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima, e o respectivo envio do resultado do exame para o endereço eletrônico do médico prescritor constante no pedido médico, e também ao endereço eletrônico da operadora de saúde, para -ns de auditoria, desde que sejam apresentados motivos que justifiquem o envio, conforme determina o parágrafo primeiro do artigo 7º da Resolução do CFM nº 1614 de 09 de março de 2001. ( ) Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança. ( ) Autorizo a transmissão das imagens das lâminas geradas do meu material biológico para -ns de análise e diagnóstico a distância, conforme determina do parágrafo único do artigo 3º da

Resolução do CFM 2264/2019, que rege e disciplina a telepatologia como forma de prestação de serviços de anatomopatologia mediados por tecnologias.

CASO SEJA CLIENTE APOIO, FAVOR PREENCHER:

Laboratório Conveniado: \_\_\_\_\_ Código

Laboratório: \_\_\_\_\_ Pedido: \_\_\_\_\_