



**REQUISIÇÃO DE EXAMES DE CITOLOGIA E HISTOLOGIA**

EXAME URGENTE

**LOCAL DE PRESCRIÇÃO**

NOME DO UTENTE \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ CONTACTO \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

SUB-SISTEMA DE SAÚDE \_\_\_\_\_ Nº BENEFICIÁRIO \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**RESULTADO DO EXAME**     UTENTE     MÉDICO     LOCAL DE PRESCRIÇÃO     EMAIL     CORREIO

OBS \_\_\_\_\_

**FATURAR A:**     UTENTE     LOCAL DE PRESCRIÇÃO    **PAGAMENTO POR:**     REF MULTIBANCO     TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA     COBRANÇA

**EXAME CITOLÓGICO**

**TIPO DE EXAME**     CITOLOGIA GINECOLÓGICA (EM LÂMINA)     CITOLOGIA GINECOLÓGICA (EM MEIO LÍQUIDO)     CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

**BIOLOGIA MOLECULAR**     GENOTIPAGEM DO HPV     PESQ. HPV ALTO RISCO (SUBTIPO 16 E 18 E OUTROS)     CINTEC® PLUS     PAINEL DST     OUTRO \_\_\_\_\_

**DADOS RELATIVOS AO EXAME**    **COLHEITA**     VAGINA     EXOCOLO     ENDOCOLO     ENDOMÉTRIO     VULVA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_     GRAVIDEZ    \_\_\_\_\_ SEMANAS    \_\_\_\_\_ MENOPAUSA    \_\_\_\_\_ ANOS

**COITORRAGIAS**     SIM     NÃO    **CONTRACEÇÃO**     HORMONAL     DIU    \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA ANTERIOR**     HORMONAL     QUIMIOTERAPIA     RADIAÇÕES     LASER    \_\_\_\_\_

P. A. MAMA     P. A. TIROIDE     LÍQ. PLEURAL     ESCOV. BRÔNQUICO    \_\_\_\_\_

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES \_\_\_\_\_

**EXAME HISTOLÓGICO**

**TIPO DE EXAME**     BIÓPSIA     EXAME EXTEMPORÂNEO    \_\_\_\_\_ TELEFONE     PEÇA OPERATÓRIA     IMUNOHISTOQUÍMICA

**DADOS RELATIVOS AO EXAME**

INFORMAÇÃO SOBRE O TIPO DE LESÃO, DADOS CLÍNICOS, LABORATORIAIS E IMAGIOLÓGICOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROPOSTO \_\_\_\_\_

EXAMES ANÁTOMO-PATOLÓGICOS ANTERIORES \_\_\_\_\_

**NOTA INFORMATIVA**

O utente, acima identificado, confirma ter sido informado:

1. Que a empresa, designou um encarregado de proteção de dados, e que pode ser contactado, preferencialmente por email: dpo.privacidade@germanodesousa.com.
2. Que o tratamento dos seus dados se destina à execução dos exames de anatomia patológica solicitados e ainda, como fim secundário e posterior a estudos científicos clínicos e a estudos estatísticos, após anonimização dos seus dados.
3. Que os dados recolhidos são conservados de acordo com os prazos legais.
4. Que o processamento e conservação dos seus dados, em caso de necessidade, podem ser executados por outra entidade, continuando garantida a política de privacidade.
5. Que os resultados dos exames de anatomia patológica serão comunicados ao próprio, ou ao representante legal e/ou ao seu médico.
6. Dos direitos de acesso, de retificação, de eliminação, de limitação da utilização, da portabilidade e da oposição ao tratamento dos seus dados pessoais.
7. Que os dados pessoais serão, se necessário, comunicados para efeitos de faturação, à sua seguradora ou subsistema de saúde.
8. Do direito de apresentação de reclamação na Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd).
9. Que o presente documento continua válido para futuras análises clínicas, salvo indicação expressa em contrário.
10. Autorizar que os seus dados pessoais sejam utilizados para envio de informação clínica, da Empresa, médico(a) e sobre novos exames de anatomia patológica. SIM  NÃO
11. Ter sido informado que CAPGS fica isento de responsabilidade, no caso de impossibilidade de cumprimento do prazo de entrega dos resultados dos exames de anatomia patológica por motivo de força maior, ou por caso fortuito ou por motivo inerente ao próprio processo laboratorial que implique necessidade de repetição dos exames de anatomia patológica e/ou da colheita de amostras. SIM  NÃO

Confirmando ter lido e compreendido este documento, e que me foram prestadas todas as informações que solicitei.

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO DECLARANTE \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO \_\_\_\_\_ Nº CÉDULA \_\_\_\_\_ CONTACTO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_