REQUISIÇÃO DE EXAMES

Microdiag
Laboratório de Anatomia Patológica
Inscrito na ERS com o nº E111305

Nome: _____

_____ Cont. n.º _____

Data Nasc.: _____/_____/_____ Tel.: _____

Morada: _____

Cód. Postal: _____-_____ _____

ENVIO DE RESULTADOS:

Utente ☐ **E-mail** ☐ _____ **Clínica** ☐ **URGENTE** ☐ **para o dia** _____/_____/_____

DADOS PARA FATURAÇÃO: **Utente** ☐ **Clínica** ☐ **Seguradora** ☐ _____

IBAN PT50 0010 0000 247 307 900 0124 *- enviar comprovativo*
A sua amostra será processada após confirmação de pagamento. Se tiver alguma dúvida, por favor contacte-nos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE

O utente declara que tem conhecimento que:

1. Presta consentimento de forma livre ao laboratório Microdiag, Lda com sede na Rua Cidade de Tokushima, Lt 17 R/c 2400-119 Leiria e destina-se apenas à realização dos seus exames, comunicação dos mesmos pela via designada por si, ou representante legal ou médico prescritor, bem como no portal da saúde24, bem como dos seus dados para efeitos de facturação a entidades de saúde, seguros ou convenções;
2. Tem direito a todos os requisitos definidos de acordo com a legislação em vigor da Protecção de Dados, nomeadamente acesso à actualização, rectificação, limitação da utilização e informação, portabilidade, entre outros, mediante preenchimento de formulário próprio. É também um direito seu, reclamar junto do Responsável da Proteção de Dados (DPO), através de carta registada ou e-mail: protecaodedados@microdiag.pt, ou junto da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) ou outra entidade de controlo e fiscalização de dados em situação de incorrecta utilização dos mesmos;
3. Este consentimento vigora até à sua revogação pelo declarante de forma escrita;

DADOS CLÍNICOS / IDENTIFICAÇÃO MATERIAL

☐ A. CITOLOGIA GINECOLÓGICA — Meio Líquido ☐ Convencional ☐

Local da colheita: Vulva ☐ Vagina ☐ Exocolo ☐ Endocolo ☐ Endométrio ☐ **Ciclo Menstrual:** Reg ☐ Irreg ☐

Últ. Menst. _____/_____/_____ **Grav.** _____ semanas **Menop.** _____ anos **Contracep.** Horm ☐ DIU ☐ Quím. ☐ Outro ☐

G _____ **P** _____ **A** _____ **T. H. S.** Sim ☐ (mês/anos) _____ Não ☐ **Vacina H. P. V.** Sim ☐ _____ Não ☐

Informação clínica _____

☐ B. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO / BIOLOGIA MOLECULAR

Pesquisa e Genotipagem HPV ☐ **Cintec Plus ®** ☐ **COBAS ®** ☐ **Painel IST's** ☐ **Outro** ☐ _____

☐ C. CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

Urina ☐ **Mama** ☐ **Tiroide** ☐ **Outro** ☐ _____

☐ D. HISTOLOGIA, BIÓPSIA E PEÇAS OPERATÓRIAS

Informação sobre a lesão, outros exames, Hipótese de diagnóstico

Data _____/_____/_____ **Médico Requisitante** _____ **C. Profissional n.º** _____

A PREENCHER PELO LABORATÓRIO

N.º Frasco	Data	N.º Registo
_____	_____/_____/_____	_____/_____

Admissão	Entradas	Processamento	Screening

TIPOGRAFIA FÁTIMA LDA