

SOLICITAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

Nome do Paciente: _____

Doc Identificação/CPF nº: _____ Número prontuário: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Nome da mãe: _____

Número de frascos: _____ Data/Hora da Coleta: ____ / ____ / ____ - ____: ____

() Histopatológico () Citopatológico () Imuno-Histoquímica

Material/Topografia: _____

Hipótese diagnóstica / história clínica resumida: _____

Médico solicitante: _____ CRM nº _____

Assinatura médico solicitante

Fui informado que o IPCM cumpre a Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados, realizando o tratamento de dados pessoais com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, no âmbito de assistência à saúde, nos termos que autoriza o art. 7 Inciso VII, na proteção do direito à vida em conformidade com a lei vigente.

Assinatura do Paciente ou responsável _____