

(Uso exclusivo do laboratório): Radiografia (s): ( ) Scanner ( ) E-mail ( ) CD ( ) Sistema SLM ( ) WhatsApp - Rotina: \_\_\_\_\_

Foto (s) clínica (s): ( ) Scanner ( ) E-mail ( ) CD ( ) Sistema SLM ( ) WhatsApp - Rotina: \_\_\_\_\_

(Uso exclusivo do laboratório): Bloco (s) nº(s) \_\_\_\_\_ e Lâmina(s) nº(s) \_\_\_\_\_ para consulta



Pedido de exame:

( ) Anátomo – patológico

( ) Citológico

**Nº Laboratório**

--	--	--	--	--

Data de entrada:

\_\_/\_\_/\_\_

## PEDIDO DE EXAME

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Outras

Procedência: ( ) SLM **ou** ( ) CTDB-SLM Prontuário nº \_\_\_\_\_ ( ) Particular (Consultório)

( ) Prefeitura Municipal/CEO \_\_\_\_\_ ( ) Hospital \_\_\_\_\_

( ) Faculdade \_\_\_\_\_ ( ) Outros \_\_\_\_\_

Operador(a): \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Se interno, informar o curso e o coordenador: ( ) Aluno atual ( ) Ex-aluno ( ) Graduação ( ) Pós-graduação

Curso: \_\_\_\_\_ Coordenador: \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_/\_\_/\_\_ Local da lesão: \_\_\_\_\_

Lesão: ( ) Mancha / Mácula ( ) Placa ( ) Pápula ( ) Nódulo ( ) Úlcera ( ) Vesícula / Bolha ( ) Tumor

Cor: \_\_\_\_\_ Tamanho: \_\_\_\_\_ mm Sintomatologia: \_\_\_\_\_

Tempo de evolução: \_\_\_\_\_ Vitalidade dentária: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Aspecto radiográfico: ( ) Radiolúcido ( ) Radiopaco ( ) Misto

Radiografias: ( ) Panorâmica (quantidade: \_\_\_\_\_) ( ) Periapical (quantidade: \_\_\_\_\_)

( ) Oclusal (quantidade: \_\_\_\_\_) ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Lesão óssea apenas com alteração imaginológica, sem manifestação clínica:

( ) Tomografia comp. ( ) Ultrassom ( ) Ressonância mag. ( ) Outros \_\_\_\_\_

Biópsia: ( ) Incisional ( ) Excisional ( ) Curetagem ( ) Aspiração ( ) Peça cirúrgica

Fixador: ( ) Formol 10% ( ) Álcool absoluto ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Hábitos e vícios: ( ) Fumante ( ) Etilista ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Hipóteses diagnosticadas: \_\_\_\_\_

Informações complementares: \_\_\_\_\_

Exames prévios SLM: \_\_\_\_\_

(Uso exclusivo do laboratório): Caso ant. nº (\_\_\_\_\_) Loc. lesão: \_\_\_\_\_ Diag. Final: \_\_\_\_\_

(Uso exclusivo do laboratório): Caso ant. nº (\_\_\_\_\_) Loc. lesão: \_\_\_\_\_ Diag. Final: \_\_\_\_\_

(Uso exclusivo do laboratório): Caso ant. nº (\_\_\_\_\_) Loc. lesão: \_\_\_\_\_ Diag. Final: \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE DOAÇÃO DE PEÇAS ANATOMO-PATOLÓGICAS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, sexo ( )M ou ( )F, residente \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ (Rua, \_\_\_\_\_ Avenida) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_, estou consciente de que o(s) material(is) biológico(s) foi (foram) coletado(s) por indicação terapêutica ou por demanda espontânea e diante da minha ciência e em comum acordo, como documentado em meu prontuário.

Após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas, concordo em permitir a coleta, depósito, armazenamento e utilização do referido material biológico de forma voluntária, a saber **(DESCREVER AS CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL BIOLÓGICO COLETADO/DOADO):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

para o Biobanco São Leopoldo Mandic – Dentes Humanos, Fluidos Biológicos e Peças Anátomo-patológicas, estando ciente de que este(s) material(is) será(ão) utilizado(s) pelos alunos de graduação e/ou pós-graduação e por pesquisadores para estudo, treinamento laboratorial pré-clínico ou pesquisas.

Caso este(s) material(is) seja(m) utilizado(s) em pesquisa, esta deverá ter sido previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SLM, sendo preservada a minha identidade na divulgação. Este Biobanco não prevê a realização de pesquisas cujos resultados possam trazer implicações de qualquer ordem à saúde do doador.

Caso o doador queira ter informação de como ter acesso aos resultados com o seu material biológico doado, deverá entrar em contato com o CEP-SLM.

Em tempo, para utilizar meus dados ou material biológico em pesquisa, eu:

( ) **NÃO** quero ser consultado da utilização dos meus dados ou material biológico em pesquisas, desde que esta pesquisa seja aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa,

( ) **SIM** quero ser consultado da utilização dos meus dados ou material biológico em pesquisas.

Em caso de meu óbito ou condição incapacitante, eu:

( ) **NÃO** quero que minha atual doação seja alterada,

( ) **SIM**, quero que meus sucessores legais ou um representante legal designado por mim decidam pela utilização de meus dados ou material biológico em pesquisas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do doador **OU** seu representante legal