

(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