

TERMO DE COLETA – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

Cole a etiqueta aqui

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) – DETECÇÃO POR BIOLOGIA MOLECULAR

O formulário a seguir informa as condições ideais de coleta para a realização do exame de detecção molecular de ISTs deverá ser assinado pelo paciente após a leitura e esclarecimentos.

- É essencial que não faça o uso de cremes ginecológicos e relacionados, duchas vaginais na região coletada por um período mínimo de 48 horas;
- Em casos de coleta na região anal é indicado que os exames de colonoscopia e toque retal não tenham sido realizados.

Informações do Paciente

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ____ N° de Telefone: (____) _____

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO (PRÉ-COLETA)

1. Material coletado:

☐ Urina;	☐ Anal;
☐ Endocervical;	☐ Citologia em meio líquido;
☐ Uretral;	☐ Esfregaço orofaríngeo
☐ Sêmen;	☐ Outros: _____
2. Algum histórico de infecção sexualmente transmissível?
☐ Sim. Qual? _____
☐ Não.
3. Fez uso de duchas vaginais ou cremes nas últimas 48 horas antes da coleta?
☐ Sim; ☐ Não.
4. Qual a data da última menstruação? ____/____/____
5. Está menstruada no momento da coleta?
☐ Sim. ☐ Não
6. Realizou exame digital (toque) ou colposcopia recentemente?
☐ Sim. A quanto tempo? _____
☐ Não.

Indicação clínica: _____

Autorização para exame em menor de idade (preencher quando aplicável):

Declaro que eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, nascido(a) no dia ____/____/____ sou responsável legal pelo(a) menor de idade _____ e autorizo o laboratório a realizar exames e análises clínicas, conforme necessário, em conformidade com as leis e regulamentações aplicáveis.

Assinatura de consentimento e ciência dos critérios descritos acima:

Eu _____, portador (a) do RG/CPF _____, li e compreendo e concordo que o descumprimento dos critérios acima pode acarretar em um resultado inconclusivo.

_____, de _____ de 20 ____.

Assinatura