	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.UNC.001
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão: 03
	DECLARAÇÃO PRESEÇA NA UNIDADE PARA COLETA DE AMOSTRA PARA EXAME	Página: 1 de 1
Requisito DICQ 9.8.1 (6°ed)		Requisito PALC 17.3 Norma 2013

DECLARAÇÃO

O laboratório Bioanalise declara, a pedido do (a) cliente, Sr. (a)

_____ RG N° _____ / _____,


que nesta data ____/____/____ esteve nesta Unidade situada a (rua, Av.)

_____ N° _____ bairro

_____ no horário entre ____:____ e ____:____ realizando coleta para exames laboratoriais.

Teresina (PI) _____ de _____ de _____

Funcionário responsável pela declaração
Numero de matrícula:

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.UNC.002
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão: 04
	TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O EXAME HIV	Página: 1 de 1
Requisito DICQ 5.3.4 (6ªed)		Requisito PALC 8.7 Norma 2013

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O EXAME HIV

Segundo a **PORTARIA Nº 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013**, todo resultado de HIV Indeterminado e/ou Reagente na etapa de triagem, deverá ser submetido ao teste molecular (TM). Se o resultado deste teste for menor que 5.000 cópias/mL ou abaixo do limite de detecção deve ser realizado teste complementar sorológico do tipo Western Blot (WB), imunoblot IB) ou imunoblot rápido (IBR).

Os custos destes testes serão integralmente do cliente, cabendo a este comparecer ao laboratório para efetuar o pagamento logo após ser comunicado. Caso o cliente tenha Plano/Seguro de Saúde, deverá retornar ao seu médico e obter uma solicitação para que o exame seja liberado pelo convênio. Após as etapas citadas acima o laboratório poderá solicitar uma terceira amostras para análise. Essa análise não terá custo para o cliente. O laudo final contemplará todas as etapas preconizadas pela **PORTARIA Nº 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013** do Ministério da Saúde.


Caso o cliente não aceite essas condições, o Laboratório BioAnálise orienta que a amostra para a realização do referido exame não seja coletada, pois o exame ficará paralisado até que as providências supracitadas sejam resolvidas.

CONTRATO

EU, _____, li a orientação acima, concordo com a mesma. Estou ciente de que se o resultado da etapa de triagem para HIV for Indeterminado e/ou Reagente, só receberei o laudo do exame após custear e/ou providenciar a liberação por parte do meu Plano/Seguro de Saúde da realização do teste recomendados pela portaria supracitada.

Teresina (PI) _____/_____/_____

Assinatura do paciente e/ou responsável

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.RCP.002
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão:00
	TERMO BHCG PARA MENOR DE 18 ANOS SEM SOLICITAÇÃO MÉDICA	Página: 1 de 1
Requisito DICQ (6ª ed)		Requisito PALC Norma 2016

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
PARA REALIZAÇÃO DO EXAME bHCG PARA MENORES DE 18 ANOS**

Eu _____, RG: _____

CPF N° _____, residente e domiciliado (a) á rua _____ N° _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado _____, declaro para todos os fins que se fizer necessário que **sou responsável** pela menor _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliada a _____ N° _____, Bairro: _____ na cidade de _____, Estado: _____ que se encontra neste Laboratório Bioanalise para realizar o exame bHCG.

Teresina, ____ de _____ de _____

Responsável pela menor
Nome em letra de forma

Responsável pela menor
Assinatura

Cliente menor de 18 anos
Nome em letra de forma

Cliente menor de 18 anos
Assinatura

1ª testemunha
RG: _____


2ª testemunha
RG: _____

CPF: _____

CPF: _____

Li entendi e declaro que as informações acima são verdadeiras

NOTA: Anexar cópia do RG e CPF do responsável pela menor.

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.UNC.003
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão: 03
	TERMO DERESPONSABILIDADE TESTE DO PEZINHO	Página: 1 de 1
Requisito DICQ 5.3.4 (6° ed)		Requisito PALC 8.7 Norma 2016

EU, _____

RG N° _____ UF _____, CPF N° _____

residente e domiciliado a (Rua, AV) _____ N° _____,

na cidade de _____ Estado _____

Declaro ter ciência que o exame do teste do pezinho deve ser realizado após o terceiro dia do nascimento da criança, o mais rápido possível e que o fato de não fazê-lo nesta condição pode acarretar resultado falso-positivo ou falso negativo.

Declaro também que mesmo ciente das informações acima prestada **aceito fazer o TESTE DO PEZINHO** _____ do meu filho (a) _____

que nesta data ____/____/____ completa _____ dias de nascido.

Mesmo sabendo que os resultados poderão ser falseados por conta da idade da criança quero fazer o exame e **EXIMO** desde já o Laboratório Bioanalise de qualquer responsabilidade. **Li e concordo.**


Teresina (PI) ____/____/____

Responsável pelo menor

Testemunhas:

1) _____
RG/CPF

2) _____
RG/CPF

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE		Código: FR.UNC.005	
	FORMULÁRIO REGISTRO			Versão: 03
	CADASTRO DE EXAME SEM SOLICITAÇÃO MÉDICA			Página: 1 de 1
Requisito DICQ 5.4 (6° ed)		Requisito PALC 8.5 Norma 2016		

Este formulário foi desenvolvido pelo departamento de Controle de Qualidade do Bioanálise para atendimento a clientes que desejam realizar exame(s) por conta própria sem uma solicitação médica.

Eu: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ UF: __ CPF: _____ - ____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: (____) _____ - ____

De minha livre e espontânea vontade estou realizando os exames abaixo relacionados sem apresentação de solicitação médica, escrito com meu próprio punho.


O(s) exame(s) aqui relacionado(s) não teve nenhuma indicação da recepcionista ou outro funcionário do Laboratório Bioanálise.

Estou ciente de que a interpretação destes exames que solicitei e a conclusão diagnóstica são atos médicos, que depende da análise conjunta dos meus dados clínicos e decisões médicas.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

Afirmo que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras

Assinatura do cliente ou responsável

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.UNC.006
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão: 02
	TERMO DE ESCLARECIMENTO E DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA POR PARTE DO PACIENTE DAS CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME BHCG	Página: 1 de 3
Requisito DICQ 5.3.4 (6ª edição)		Requisito PALC 8.7 Norma 2016

TERMO DE ESCLARECIMENTO e DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA POR PARTE DO PACIENTE DAS CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME bHCG PARA MULHERES.

Prezada cliente você está prestes a realizar o exame bHCG e queremos alertá-la das condições ideais para este exame e sobre sua interpretação.

Informamos que, para pacientes normais, é indicativo de gravidez, pela metodologia que realizamos no Laboratório Bioanálise, um valor de acima de 25 MIU/mL. Desde já deixamos claro que resultados com valores altos, que indicariam a gravidez, podem não ser gravidez, e, valores baixos que descartariam a gravidez, podem ter sido realizados antes do início da produção do hormônio pelo organismo da paciente, e se a coleta tivesse sido realizada poucos dias depois revelaria a gravidez. Portanto, nunca deixe de procurar um médico para interpretar profissionalmente o resultado desse exame.

O exame beta-HCG deve ter sido indicado por seu médico, que é o profissional habilitado para avaliar a real necessidade da realização do mesmo. Por essa razão pedimos que responda as perguntas abaixo.

O exame beta-HCG foi indicado por um médico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você está de posse da solicitação do exame?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Suspeita de gravidez	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Data da última menstruação, Citar		
Atraso menstrual de quantos dias, Citar		
Gravidez ectópica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Controle de mola	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Suspeita de aborto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se a resposta anterior for SIM, Citar quando foi o aborto		

Precisamos que você saiba que o exame beta-HCG mede os níveis de gonadotrofina na corrente sanguínea e é usado, entre outras coisas, como primeira etapa na triagem da gravidez. Um resultado de beta-HCG com gonadotrofina coriônica aumentada, por si só, pode ser, apenas, um indicativo que existe gravidez. Fica desde já esclarecido que em nenhum momento o laudo deste exame afirmará que você está grávida. Esta conclusão tem que ser tomada pelo seu médico após avaliação de seu estado clínico e da solicitação de outros exames complementares, como o ultrassom, que confirmarão, ou não, o diagnóstico.


Saiba, também, que um resultado do exame com níveis de gonadotrofina coriônica baixos ou indetectáveis, no sangue ou na urina, nos primeiros dias de atraso menstrual, não exclui a possibilidade de gravidez. A produção da gonadotrofina coriônica cresce em níveis exponenciais, ou seja, muito rapidamente, as vezes de um dia para o outro, variando de indivíduo para indivíduo e de acordo com a época da fecundação. Então ao receber o resultado do exame com níveis de gonadotrofina coriônica baixos ou indetectáveis, não conclua sozinha que você não esta grávida, pois os níveis podem elevar-se em poucos dias.

Você está ciente que o resultado do exame que irá receber detecta os níveis de hormônio gonadotrofina coriônica no seu sangue, e não irá afirmar se você esta grávida ou não? _____.

Portanto, se você está fazendo o exame porque está em tratamento para engravidar, atraso menstrual previsto, atraso menstrual não previsto, menstruação irregular, vai fazer um tratamento e necessita saber se está ou não grávida, é importante que em todas estas situações, ao receber o resultado não o interprete sozinha, pois isso pode trazer problemas para sua saúde. Permita, para sua segurança, que um médico interprete o resultado e lhe informe sobre as condutas pertinentes. A interpretação e a conclusão diagnóstica são atos médicos e dependem da análise conjunta dos dados clínicos e outros exames complementares, por isso, NUNCA faça uso de nenhum medicamento sem antes ter a certeza absoluta, através do seu médico, de que ESTÁ ou NÃO grávida.

Saiba, ainda, que resultados negativos ou próximos do valor de positividade com suspeita de gravidez devem ser repetidos num prazo de quatro a sete dias após a realização do primeiro exame.

Pode-se encontrar, embora que muito raramente (cerca de 0,4% dos casos), em ensaios para a determinação do beta-HCG no sangue e na urina, resultados falso-positivos e/ou falso-negativos devido a interferências medicamentosas e de outros hormônios que apresentam reatividade cruzada contra os anticorpos da sub-unidade beta utilizados no ensaio beta-HCG como é o caso da sub-unidade beta do hormônio luteizante (LH) bem como a presença de anticorpos contra algum componente do ensaio que pode interferir no resultado do exame.

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.UNC.006
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão: 02
	TERMO DE ESCLARECIMENTO E DECLARAÇÃO DE CIENCIA POR PARTE DO PACIENTE DAS CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME BHCG	Página: 2 de 3
Requisito DICQ 5.3.4 (6ª edição)		Requisito PALC 8.7 Norma 2016


Declaro que fui devidamente informada que pela especificidade do método pode, embora raramente, ocorrer resultados falso-positivos e falso-negativos, e, que a interpretação dos resultados que receberei deve ser feita por um médico. Isento, assim, o laboratório Bioanálise de qualquer responsabilidade por atos tomados isoladamente por mim, como leiga, na interpretação dos resultados do exame que ora realizo. Li e concordo *com este termo*.

Teresina (PI) _____/_____/_____

Paciente: _____
Nome em letra de forma

Assinatura

RG: _____ *CPF* _____

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.UNC.006
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão: 02
	TERMO DE ESCLARECIMENTO E DECLARAÇÃO DE CIENCIA POR PARTE DO PACIENTE DAS CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME BHCG	Página: 3 de 3
Requisito DICQ 5.3.4 (6ª edição)		Requisito PALC 8.7 Norma 2016