

Requisição de Estudo de Patologia Placentar e Embriofetal

Instituição:

Nome do Utente:

Data de nascimento: / / Tel: e-mail:

Morada:

Cód. postal:

Benef. de: Nr. NIF

REQUISITA-SE

☐ Exame Anátomo-Patológico ☐ Aborto 1º T (<11 sem) ☐ Placenta ☐ Gravidez ectópica ☐ Útero ☐ Outro:	☐ Autópsia Obrigatória assinatura da declaração de consentimento (verso) ☐ Fetal ☐ Neonatal ☐ Pós-neonatal	☐ Estudo Genético ☐ QF-PCR ☐ Cariótipo ☐ Array ☐ Sequenciação de gene(s) específico(s) ☐ Outro:	☐ Exéquias Para outras análises e requisitos de amostra consulte unilabs.pt
---	---	--	--

INFORMAÇÃO CLÍNICA

História familiar

História pessoal

História obstétrica Gesta Para Perdas anteriores (IG)

Gravidez Simples/Gemelar
 (obrigatório referenciar compartimentos)

UPM / / IG s, d (amenorreia) s, d (ecográficas) ☐ AE ☐ IMG ☐ MF ☐ MNN

Diagnóstico Clínico/Questões a Esclarecer
 Achados pré-natais relevantes p/ o diagnóstico clínico-patológico

Exames Realizados / Resultados ☐ NÃO ☐ SIM se sim especificar

Data da Próxima Consulta

Confirmo que (i) o doente (ou representante legal) consente a realização do teste e obtive o consentimento informado do mesmo, (ii) o consentimento informado do doente cumpre os requisitos obrigatórios por lei e que (iii) estou a facultar ao LAP-Laboratório de Anatomia Patológica Lda/CGC-Centro de Genética Clínica e Patologia SA toda a informação clínica indispensável à realização do teste.

Assinatura do Médico (obrigatório)

OM nº

data:

Confirmo que (i) fui informado(a) sobre os benefícios, riscos e limitações do teste a realizar, (ii) coloquei todas as questões que considero pertinentes e entendi as explicações. Autorizo a realização do exame Genético requisitado e a utilização da amostra para este fim.

A amostra pode ser utilizada também para fins de investigação científica.

Assinatura do Utente (ou representante legal, obrigatório);

data:

☐ concordo
☐ não concordo

☐ concordo
☐ não concordo

Em caso de autópsia, obrigatória assinatura da declaração de consentimento, no verso.



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE AUTÓPSIA

_____, portadora do B.I./C.C. Nº _____,
do Arquivo de Identificação de _____, emitido em _____,
e _____, portador do B.I./C.C. Nº _____,
do Arquivo de Identificação de _____, emitido em _____,
residentes em _____,

declaram, nos termos e para os efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 274/99, de 22 de Julho, e tendo em conta a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo, que autorizam a realização da autópsia do seu filho do sexo _____, nado morto / nado vivo / recém-nascido / lactente em _____ / _____ / _____ no LAP - Laboratório de Anatomia Patológica Lda / Centro de Genética Clínica e Patologia SA, Porto, por se tratar de entidade autorizada para o efeito nos termos da legislação supra referida.

Declaram expressamente, que autorizam:

- A realização de todos os exames que se entendam necessários à boa prossecução dos fins de diagnóstico clínico-patológico segundo as normas éticas e técnicas definidas pela legis artis;
- A colheita de produtos biológicos de interesse clínico imediato e/ou para uso futuro, no contexto de evolução médico-científica que o justifique, tanto no âmbito do caso concreto como de situações similares;
- A divulgação dos resultados, para os fins de ensino e/ou de investigação científica;
- Que para além do contemplado em i) ii) e iii) pretendem (assinalar a opção):

- ☐ Doação do corpo
☐ Devolução do corpo para funeral

- v. Documentos obrigatórios (>22 sem IG)

- ☐ Guia de transporte
☐ Certificado de óbito nº _____

Declaram que foram integralmente esclarecidos sobre todos os aspetos inerentes a este procedimento e à forma como o mesmo é conduzido pelos respetivos Médicos Assistentes, motivo pelo qual entenderam ser o mesmo vantajoso e dão o seu consentimento informado.

(localidade)

(assinatura da mãe)

_____ de _____ de 20_____
(data)

e/ou (assinatura do pai)

RECOMENDAÇÕES

Na suspeita clínica de infeção deverá colher-se, no bloco operatório, fragmentos da placenta (de cada um quadrantes), das membranas e do cordão que deverão ser enviados para o laboratório de Microbiologia.

Do estudo anátomo-patológico da placenta em:

Situações fetais: Prematuridade; RCF; anomalias congénitas; hidròpsia/eritroblastose fetal; Doppler/CTG patológico; presença de mecónio; APGAR alterado; má evolução neonatal; MF (incluindo fetos macerados); MNN.

Situações materna/obstétrica: diabetes e hipertensão incluindo gestacional; outras doenças sistémicas – trombofilias, SAF, patologia endócrina, etc; RPM; PPT; parto pós-termo; febre inexplicada; má história obstétrica; história de drogas; oligohidrâmnio/polihidrâmnios; enfarte do leito placentar; placenta abrupta; placenta prévia; placenta acreta.

Patologia da placenta: Qualquer morfologia anormal da placenta/cordão/membranas/vasos; tumores, incluindo doença neoplásica do trofoblasto.

Gestação múltipla.

AVISO LEGAL

Privacidade e resultados. LAP-Laboratório de Anatomia Patológica Lda/CGC-Centro de Genética Clínica e Patologia SA garante a proteção e confidencialidade dos dados do doente e de toda a informação originada durante todo o processo, de acordo com a lei. O resultado do exame será entregue ao médico que o requisitou. Se desejar, por favor solicite uma cópia dos resultados do exame diretamente ao seu médico. Este é responsável pela interpretação e explicação dos resultados. A equipa médica do LAP-Laboratório de Anatomia Patológica Lda/CGC-Centro de Genética Clínica e Patologia SA está disponível para os esclarecimentos necessários ao seu médico sobre qualquer dúvida relativamente ao exame realizado.

DIREITOS DO DOENTE.

O doente poderá exercer o direito de acesso, retificação e cancelamento dos dados fornecidos através de email dirigido a LAP-Laboratório de Anatomia Patológica Lda/CGC-Centro de Genética Clínica e Patologia SA, Direção Clínica, enviado para o anatomia@unilabs.com (Portugal).

