

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1303 FORMULÁRIO DE CADASTRO DA AMOSTRA E TERMO DE CONSENTIMENTO

***Todos os dados são imprescindíveis**

IMPORTANTE:

- As respostas a seguir podem influenciar as informações que irão constar no seu laudo. Portanto, responda às perguntas com atenção.
- Recomendamos que o formulário seja preenchido em conjunto com o profissional da saúde solicitante.
- Os campos assinalados com (*) são de preenchimento obrigatório.

*MOTIVO DA SOLICITAÇÃO (Assinale uma alternativa):

Apoio diagnóstico: qual é a suspeita clínica?

Acompanhamento de terapia: a que momento da terapia/tratamento a amostra coletada refere-se?

Antes

Descreva brevemente a terapia adotada:

Durante

Depois

Outro. Descreva:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (Caso tenha um profissional de saúde acompanhando):

Data da solicitação: ____/____/____ Nome do profissional solicitante: _____

CRM: _____ Especialidade: _____

Declaro que expliquei o significado e implicações do exame Microbioma Vaginal ao cliente ou responsável.

Assinatura e carimbo do profissional da saúde: _____

DADOS DO PACIENTE:

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

RG: _____ *CPF: _____ Outro documento, especifique: _____

Sexo: _____ *Nacionalidade: _____ Etnia: _____

*Nome da mãe: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

*Endereço:

Rua: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

*Cidade: _____ *Estado (UF): _____ *CEP: _____

*E-mail: _____ *Telefone: () _____

Peso (kg): _____ Altura (m): _____

DADOS DO REPRESENTANTE QUANDO MENOR OU INCAPAZ:

*Nome do paciente: _____ *Data de nascimento: ____/____/____

*Relação com o Representado (mãe, pai, tutor): _____

RG: _____ *CPF: _____ Outro documento, especifique: _____

Sexo: _____ *Nacionalidade: _____ Etnia: _____

*Nome da mãe: _____ Estado civil: _____

*Endereço:

Rua: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

*Cidade: _____ *Estado (UF): _____ *CEP: _____

*E-mail: _____ *Telefone: () _____

DADOS DA COLETA:

*Data da coleta da amostra:

Em qual dia do ciclo menstrual você coletou a amostra? Use a imagem para auxiliar.

- Dias 1 a 5
- Dias 6 a 11
- Dias 12 a 16
- Dias 17 a 28
- Nenhuma das opções acima, pois faço uso anticoncepcional continuamente (sem intervalo para menstruação)
- Nenhuma das opções acima, pois nunca menstruei
- Nenhuma das opções acima, pois estou na menopausa
- Nenhuma das opções acima, pois estou grávida
- Não sei informar



Você já realizou o esse exame antes?

Considere "Sim" apenas se você realizou o nosso exame de Microbioma Vaginal.

Não Sim, quando? _____

Forma da coleta da amostra: Autocoleta Coletada por um profissional da saúde

ESTADO DE SAÚDE:

Em que fase você está:

- Ainda não menstruou
- Em idade reprodutiva
- Pré-menopausa
- Perimenopausa (climatério)
- Pós-Menopausa
- Lactante

Atividade sexual no último trimestre:

- Inativa
- 1 a 2 relações sexuais no trimestre
- 1 a 3 relações sexuais por mês
- 1 a 2 relações sexuais por semana
- 3 ou mais relações sexuais por semana
- Não quero informar

Está gestante?
 Não Sim, qual a idade gestacional? _____

Está tentando engravidar?
 Não Sim, por via natural Sim, via reprodução assistida

Já teve alguma gestação?
 Não Sim, quantas: _____

Já teve algum diagnóstico de infertilidade?
 Não Sim

Já teve alguma intercorrência durante uma gestação?
 Trabalho de parto prematuro

 Parto prematuro

 Aborto

 Pré-eclâmpsia

 Ruptura prematura de membranas

 Outro. Descreva: _____

Você pratica exercícios físicos?
 Não Sim, especifique tipo e frequência: _____

Fumante?
 Não Sim

Faz uso contínuo de ducha higiênica íntima (intra-vaginal)?
 Não Sim, frequência: _____

Qual é o seu estado de saúde em relação ao sistema urinário/reprodutivo? Assinale uma ou mais alternativas.
 Estou bem, nada a relatar.

 Estou com sangramento que não é menstruação.

 Estou sentindo ardência ao urinar.

 Estou sentindo urgência para urinar.

 Estou com coceira vaginal.

 Estou sentindo dor genital e/ou na pelve ao ter relações sexuais.

 Estou com inchaço na região genital.

 Estou com fissuras na região genital.

 Estou com verruga na região genital.

 Nenhuma das alternativas acima.

Está com corrimento vaginal?
 Não Sim

Caso apresente corrimento vaginal, qual é a característica do seu corrimento vaginal?
 Secreção amarelo claro fluida, sem odor, em mucosa vaginal com aspecto habitual (sem dor, inchaço, vermelhidão ou calor).

 Secreção amarelo-esverdeada, fluida, bolhosa e fétida, em mucosa vaginal (mucosa com vermelhidão e aspecto quebradiço).

 Secreção brancacenta em placas aderentes à mucosa vaginal (mucosa com vermelhidão).

 Secreção branco acinzentada, fluida, com odor fétido, em mucosa vaginal com habitual (sem dor, inchaço, vermelhidão ou calor).

 Outra. Descreva _____

Há algum sintoma que não consta nos itens acima e que julga importante ser relatado? Se sim, descreva abaixo o sintoma e sua data de início. _____

Você tem ou já teve uma ou mais dessas condições?

- Vaginose bacteriana. Quantos episódios por ano e data do último diagnóstico: _____
- Candidíase. Quantos episódios por ano e data do último diagnóstico: _____
- Vulvite e Vulvovaginite. Quantos episódios por ano e data do último diagnóstico: _____
- Tricomoníase. Quantos episódios por ano e data do último diagnóstico: _____
- Infecção do Trato Urinário. Quantos episódios por ano e data do último diagnóstico: _____

Você tem ou já teve uma ou mais dessas doenças?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endometriose.
Data diagnóstico: _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome dos Ovários Policísticos – SOP.
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes-vírus simples (HSV).
Data diagnóstico: _____ | <input type="checkbox"/> Gonorreia.
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mioma uterino.
Data diagnóstico: _____ | <input type="checkbox"/> Papiloma Vírus Humano (HPV).
Data diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vírus da imunodeficiência humana (HIV).
Data diagnóstico: _____ | <input type="checkbox"/> Câncer. Tipo: _____
Data diagnóstico: _____ |

Há alguma condição diagnosticada que não consta nos itens citados e que julga importante ser relatada? Se sim, descreva abaixo o sintoma e sua data de início.

MEDICAMENTOS E TERAPIAS:
Você está em uso de algum método contraceptivo?

- Não Sim. Qual? Assinale uma ou mais alternativas.
- Pílula anticoncepcional
- Dispositivo intrauterino (DIU).
Qual tipo? Hormonal Cobre Prata
- Implante anticoncepcional
- Injeção anticoncepcional
- Adesivo anticoncepcional
- Anel vaginal
- Diafragma vaginal
- Outro. Descreva: _____

Você está em uso de medicamentos/cremes vaginais?

- Não Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: _____

Você está em uso de terapia com antimicrobianos e/ou antifúngicos?

- Não Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: _____

Você está em uso de probióticos o prebióticos?

- Não Sim. Descreva o(s) nome(s) e data de início: _____

**No último mês, você fez uso de algum medicamento que não consta nos itens acima?
Se sim, descreva o(s) medicamentos(s) e a data de início de seu uso.**

INFORMAÇÕES GERAIS:

Aqui você pode descrever sintomas, queixas ou qualquer outra informação que julgue relevante.

Sobre o exame

O Microbioma Vaginal é um produto da BiomeHub Pesquisa e Desenvolvimento (CNPJ: 36.785.502/0001-12).

O Microbioma Vaginal tem como objetivo identificar a composição bacteriana e fúngica da microbiota vaginal e detectar possíveis estados de desequilíbrio, utilizando o sequenciamento de DNA de alto desempenho como metodologia.

O Microbioma Vaginal é um exame complementar utilizado para apoio ao diagnóstico de diversas condições, bem como acompanhamento de tratamentos medicamentosos. Entretanto, não deve ser utilizado como única ferramenta para o diagnóstico clínico. Também não deve ser utilizado como substituto de tratamentos ou de consultas periódicas aos profissionais de saúde. A interpretação dos resultados do exame Microbioma Vaginal considera o desenvolvimento científico atual e pode ser modificada no futuro, de acordo com a incorporação de novos conhecimentos científicos e avanços da tecnologia e ferramentas de análise. Diante disso, você declara estar ciente de que os resultados obtidos no exame Microbioma Vaginal não necessariamente correspondem às suas expectativas no momento da aquisição do produto.

Coleta de amostra

O laboratório recebe e analisa amostra vaginal exclusivamente coletada utilizando o kit de coleta fornecido pela própria empresa. O laboratório disponibiliza no kit de coleta um cartão com instruções claras sobre a coleta, acondicionamento e envio da amostra vaginal. A coleta e o envio da amostra em conformidade com as instruções do kit são cruciais para assegurar uma análise mais confiável e precisa. Portanto, é de sua responsabilidade a adequada coleta da amostra e o seu envio. Você declara estar ciente da possibilidade de uma nova coleta de amostra vaginal, caso a primeira amostra coletada esteja fora do padrão estabelecido nas instruções de coleta. Caso as informações enviadas não sejam suficientes, informações complementares poderão ser requisitadas para que o exame possa ser realizado. A amostra vaginal coletada deverá ser encaminhada para análise em até 20 dias a partir da data de coleta da mesma, a fim de garantir a estabilidade do material biológico e a qualidade do resultado. Passado esse prazo, o laboratório reserva-se o direito de não aceitar a amostra para análise. O laboratório desde já se isenta de qualquer responsabilidade pela troca de identidade de amostras coletadas fora de suas instalações.

Dos dados pessoais

Nós do laboratório nos comprometemos com a proteção de seus dados pessoais e com a sua privacidade, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18) e demais leis e regulamentações pertinentes. Por isso, cabe a nós informá-lo sobre como realizamos o tratamento de seus dados:

Os dados pessoais informados no Formulário de Cadastro tais como nome completo, RG, CPF, data de nascimento e informações de contato devem ser fornecidos de forma a identificar a amostra coletada e serão armazenados em locais que possuem controle de acesso restrito.

Para assegurar a proteção de seus dados, as amostras de DNA utilizadas para o sequenciamento em larga escala não contém seus identificadores pessoais, há somente um código numérico. Além disso, o arquivo digital com os resultados do sequenciamento de DNA é armazenado de forma criptografada.

Todos os profissionais que têm acesso aos seus dados estão comprometidos com seu sigilo absoluto.

- Os dados que possuímos sobre você serão usados apenas para finalidades específicas, tais como cumprimento de obrigação legal ou regulatória e tutela da saúde.
- Sua amostra biológica e o material genético obtido dela, bem como as informações associadas a amostra, poderão ser armazenadas e utilizadas de forma anônima (sem qualquer característica que permita a identificação do paciente) para fins de procedimentos laboratoriais e computacionais que geram informações que complementem, validem os resultados e processos realizados pela próprio laboratório ou para compor banco de dados internos.
- Seus dados serão eliminados quando deixarem de ser úteis para os fins para os quais foram coletados.
- Nos termos da legislação aplicável, você poderá a qualquer tempo solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação de uso do dado pessoal, a portabilidade dos seus dados, ou ainda opor-se ao seu tratamento, exceto nos casos previstos em lei. Poderá exercer estes direitos mediante pedido ao laboratório.

Seu resultado

O prazo de entrega do resultado do exame Microbioma Vaginal inicia a partir da data na qual a amostra é recebida no laboratório. O resultado do exame normalmente é disponibilizado no prazo esperado. Em alguns casos, este tempo poderá ser ultrapassado por insuficiência da qualidade do DNA obtido ou por fatores intrínsecos ao processo laboratorial. O resultado do exame Microbioma Vaginal é confidencial e somente será compartilhado com um profissional da saúde com a sua autorização ou de um responsável legal. Em caso de qualquer dúvida sobre o exame Microbioma Vaginal você poderá entrar em contato com o laboratório.

EU _____, CPF _____,

DECLARO QUE FUI INFORMADO(A) SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS, RISCOS E LIMITAÇÕES DO EXAME MICROBIOMA VAGINAL E CONSINTO COM OS TERMOS PARA A SUA REALIZAÇÃO.

Assinatura