

COPROMAX LEMOS

INVESTIGAÇÃO
GASTROINTESTINAL

EXCLUSIVIDADE LEMOS



Bem-vindo à qualidade Lemos

Em várias doenças do aparelho gastrointestinal o exame das fezes é necessário para a melhor compreensão dos processos patológicos.

Este recurso nos fornece informações sobre vários aspectos da fisiopatologia digestiva como: velocidade do trânsito intestinal, estado da parede intestinal, desvios de flora e às disfunções secretoras das glândulas.

Com o desenvolvimento de novas técnicas laboratoriais o **COPROMAX LEMOS** contém exames imunológicos e uma ampla gama de marcadores inflamatórios, de perda proteica e sanguínea, além de marcadores da função pancreática e permeabilidade do epitélio intestinal. O Copromax é uma ferramenta moderna e NÃO INVASIVA que auxilia no diagnóstico, acompanhamento, estadiamento de diversas patologias do Trato gastrointestinal, especialmente as inflamatórias.

Passo a passo

- 1- Preencha os seus dados e do solicitante
- 2- Relate seus sintomas
- 3- Defina sua dieta
- 4- Siga as instruções de preparo e coleta
- 5- Veja como enviar o material
- 6- Preencha e assinhe a declaração do paciente

1. MARQUE O EXAME SOLICITADO

COPROMAX LEMOS

- Exame Macroscópico
 - Exame Microscópico
 - Exame Químico
 - Exame Microbiológico
 - Exame Parasitológico
 - Exame Microbiológico
- Exames imunológicos
 - Sangue Oculto (Quantitativo)
 - Histamina Fecal
 - Melatonina Fecal
 - Elastase Pancreática Fecal
 - Sais Biliares Fecais
 - Alfa - 1 - Antitripsina Fecal
 - Calprotectina Fecal
 - Lactoferrina Fecal
 - IgA Secretora Fecal
 - Zonulina Fecal

2. PREENCHA OS DADOS

*Preencha todos os campos com letra legível. Assim, auxiliará a identificação e cadastro do paciente.

PACIENTE

Nome _____

Data de Nascimento / / Idade Peso Altura

e-mail CPF

Endereço _____

Bairro Cidade Estado

CEP Telefone ()

Gestante Sim Não

Sexo Masculino Feminino Realizou Dieta? Sim Não

Qual dieta? Qual carne comeu?

Caso não realizou a dieta, relate os principais alimentos dos últimos 3 dias

DATAS DAS COLETAS 1ª / / 2ª / / 3ª / /

SOLICITANTE

Dr. (a) _____

Registro no Conselho Profissional Nº

e-mail _____

Endereço _____

Bairro Cidade Estado

CEP Telefone ()

3. RELATE SEUS SINTOMAS

QUEIXA PRINCIPAL

QUEIXAS SECUNDÁRIAS

MEDICAMENTOS EM USO (DETALHADOS)

FAZ USO DE ENZIMAS DIGESTIVAS? SIM NÃO

OUTROS RELATOS (SE NECESSÁRIO)

ATENÇÃO

- Em lactantes e crianças até 12 anos de idade, manter a dieta normal. Acima de 12 anos, realizar uma das dietas descritas nas próximas páginas.
- Proibido bebidas alcoólicas e gasosas (refrigerante, água com gás, dentre outras).
- Manter a dieta por 3 dias antes da coleta da amostra de fezes.
- A dieta por 3 dias é necessária apenas para a coleta no tubo sem o conservante.



4. DIETAS

As dietas abaixo representam o mínimo necessário. Outros alimentos podem ser incluídos.

Alguns prescritores optam por manter a dieta habitual. Consulte-o antes de realizar o exame e relate nesse formulário os principais alimentos ingeridos nos últimos 3 dias.

Seguem abaixo algumas sugestões.

DIETA 1 PARA PACIENTES QUE NÃO APRESENTAM INTOLERÂNCIA ALIMENTAR

MANHÃ E TARDE

- Leite puro ou com um pouco de café.
- Pão com manteiga/frutas.
- Ovos.

ALMOÇO E JANTAR

- Carne bovina (bife) ao ponto (de preferência mal passada)
- Batata, arroz e feijão à vontade. O feijão pode ser substituído por milho cozido.
- No jantar admitir sopa de macarrão com cenouras.
- Salada de alface - à vontade (usar uma colher de sopa de azeite e sal a gosto)

DIETA 2 PARA PACIENTES QUE NÃO COMEM DERIVADOS DE TRIGO/GLÚTEN E LEITE, CELÍACOS E INTOLERANTES À PROTEÍNA DO LEITE

MANHÃ E TARDE

- Leite de origem vegetal , café.
- Pão sem glúten/sem leite com manteiga de coco (ou similar) /frutas.
- Ovos.

ALMOÇO E JANTAR

- Carne bovina (bife) ao ponto (de preferência mal passada).
- Batata, arroz e feijão à vontade. O feijão pode ser substituído por milho cozido.
- No jantar admitir sopa de macarrão sem glúten/sem leite (ou arroz) com cenouras.
- Salada de alface - à vontade (usar uma colher de sopa de azeite e sal a gosto).

DIETA 3 PARA INTOLERANTES À LACTOSE E DERIVADOS DE TRIGO/GLÚTEN

MANHÃ E TARDE

- Leite de vaca sem lactose ou de origem vegetal, café.
- Pão sem glúten/sem lactose com manteiga sem lactose ou de coco (ou similar)/frutas.
- Ovos.

ALMOÇO E JANTAR

- carne bovina (bife) ao ponto (de preferência mal passada).
- batata, arroz e feijão à vontade. O feijão pode ser substituído por milho cozido.
- No jantar admitir sopa de macarrão sem glúten/sem lactose (ou arroz) com cenouras.
- Salada de alface - à vontade (usar uma colher de sopa de azeite e sal a gosto).

5. INSTRUÇÕES DE PREPARO DO PACIENTE

1. O exame pode ser realizado a partir de diferentes dietas. A escolha e decisão cabem ao prescritor e deverão ser informadas neste formulário.
 2. É recomendável suspender medicação laxante ou supositórios nos 5 dias anteriores e durante a coleta ou conforme orientação médica.
 3. Pacientes que tenham realizado Colonoscopia ou outros exames que utilizam contraste, aguardar ao menos 72 horas para iniciar a coleta.
 4. Alguns medicamentos devem ter seu uso suspenso, pelo menos 48 horas antes da realização do teste, ou de acordo com a orientação de seu prescritor. São eles: aspirina, ácido acetil salicílico, AAS, Buferin, Colchicina, Reserpina, anticoagulantes orais, anti-inflamatórios não esteróides (Diclofenaco), vitamina C, Sulfato ferroso e iodo.
- ATENÇÃO Somente seu prescritor pode suspender o uso da medicação.**
5. Mulheres: preferencialmente, não realizar a coleta durante o período menstrual. Se isso não for possível, colocar tampão vaginal antes de evacuar.
 6. Na hora da coleta, evitar contaminação por urina, água, gordura ou outros elementos.
 7. Não ingerir bebidas gasosas e alcoólicas durante os 3 dias que antecedem a coleta.
 8. É recomendável suspender uso de MELATONINA 48 horas anteriores e durante a coleta ou conforme orientação médica.
 9. É recomendável suspender uso de BIOTINA 72 horas anteriores e durante a coleta ou conforme orientação médica.
 10. Fotografar as amostras de cada dia antes de colocar no tubo de coleta e enviar para o e-mail copromax@lemoslab.com.br - Esse procedimento ajuda na interpretação do resultado do exame.



• INSTRUÇÕES DE COLETA - TUBO COM LÍQUIDO CONSERVANTE

ATENÇÃO ESTE LÍQUIDO É TÓXICO POR INGESTÃO, NÃO DEIXAR AO ALCANCE DE CRIANÇAS.

- 1• Serão coletadas 3 amostras em 3 dias diferentes utilizando o mesmo frasco coletor.
- 2• As amostras deverão ser coletadas utilizando o protetor para assento sanitário ColOff® enviado no kit de coleta. As instruções para utilização do ColOff® estão impressas na embalagem do produto. Para cada dia de coleta, use um protetor de assento diferente.
- 3• PROCEDER A COLETA DAS AMOSTRAS CONFORME INSTRUÇÕES ABAIXO.



1º Abrir a tampa do frasco com cuidado para não derramar o líquido conservante.

2º Coletar a amostra (fezes) utilizando a pá coletora. Para amostras firmes, coletar uma (1) porção, utilizando o lado do cone. Em caso de diarreia, coletar duas (2) porções utilizando o lado da colher. Repetir esse passo em 3 dias diferentes.

3º Colocar a pá coletora com as fezes dentro do frasco e liberar as mesmas com o auxílio do pino extrator presente no fundo do frasco.

4º Após colocar a quantidade indicada de fezes no frasco, fechar o mesmo girando a tampa

5º Com o frasco fechado, agitá-lo até homogeneizar (misturar) as fezes com o líquido conservante.

4• Repetir os passos indicados no 2º e 3º dias de coleta, conforme indicado na imagem acima. Utilizar o mesmo frasco coletor para os 3 dias de coleta.

5• No último dia, coletar também amostra para colocar nos outros dois tubos (sem conservante), conforme instruções a seguir.

• INSTRUÇÕES DE COLETA - TUBO SEM LÍQUIDO CONSERVANTE

A COLETA DEVERÁ SER FEITA APÓS O TERCEIRO DIA DO INÍCIO DA DIETA ESCOLHIDA. PARA O TUBO COM LÍQUIDO CONSERVANTE, PODE SER A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DA DIETA, A QUALQUER HORA DO DIA.

ATENÇÃO O paciente, ao observar alguma anormalidade na ÚLTIMA amostra de fezes coletada sem conservante (ex.: presença de sangue, muco ou outros), deverá enviar ao Laboratório a parte com a alteração observada.

1º É necessário coletar 2 tubos para a amostra **SEM CONSERVANTE**, após dieta. Colocar no mínimo 35 ml e no máximo 45 ml em cada tubo.

2º Estes 2 tubos devem ser coletados a partir do quarto dia de dieta.

3º As amostras deverão ser coletadas utilizando o protetor para assento sanitário ColOff® enviado no kit de coleta. As instruções para colocação do ColOff® no assento sanitário estão na embalagem.

4º Enviar uma foto das fezes antes da retirada da amostra da coleta para o e-mail: copromax@lemoslab.com.br - Esse procedimento ajuda na interpretação do resultado do exame.

5º Pegar a amostra das fezes com o coletor fornecido no kit e colocar dentro do tubo vazio até atingir a marca entre 35 ml e 45 ml. **Fechar bem a tampa para evitar perda de amostra.**

6º Se as fezes estiverem líquidas usar uma seringa descartável e preencher o tubo até atingir a marca entre 35 ml e 45 ml. **Fechar bem a tampa para evitar perda de amostra.**

7º Colocar o tubo na embalagem fornecida no kit e enviar imediatamente.

8º **Conferir se os tubos estão fechados corretamente para evitar perda da amostra e impedimento de realização do exame.**



COPROMAX LEMOS
INVESTIGAÇÃO GASTROINTESTINAL

6. INSTRUÇÕES PARA ENVIO DO MATERIAL

- Escrever seu nome no tubo de coleta.
- Fechar bem o tubo e o pote após a coleta.
- Preencher completamente o Formulário de Sintomas.
- Enviar este Formulário de Sintomas junto com a amostra.
- Colocar na caixa todos os materiais a serem enviados.
- Enviar a caixa com os materiais via Sedex no envelope disponível no kit.
- O tubo deverá ser encaminhado ao laboratório sem refrigeração, preferencialmente no mesmo dia da coleta.

7. DECLARAÇÃO DO PACIENTE


Eu, _____
autorizo o Lemos Laboratório de Análises Clínicas a fazer o exame **COPROMAX** a partir da amostra coletada. Declaro que a amostra identificada com meu nome foi coletada por mim, de acordo com as instruções de coleta informadas pelo laboratório.

- Autorizo o uso dos resultados de meus exames para fins de pesquisa, desde de que seja preservado meu anonimato () SIM () NÃO

ASSINATURA PACIENTE _____



LEMOS LABORATÓRIOS

(32) 3257-3200 | (32) 99138-0383  | SP (11) 2691-0730

Av. Presidente Itamar Franco 2251 - São Mateus - Juiz de Fora - MG - CEP 36025-290

Rua Conselheiro Saraiva 306/ 31 - Santana - São Paulo - SP - Cep 02037-020

lemoslab.com.br

