

# LEMOS IODO

## SALIVAR X URINÁRIO



### Bem-vindo à qualidade Lemos

Níveis adequados de Iodo são importantes não somente para a manutenção da saúde tireoidiana, como de todo sistema glandular encontrado no corpo, como mama, próstata e ovários. Também atua evitando o surgimento de nódulos, cistos, e câncer no sistema glandular relacionado à deficiência de iodo.

Avaliação de níveis de Iodo na tireoide, através do iodo salivar, é importante como parte do diagnóstico de bócio, hipotireoidismo, Tireoidite de Hashimoto e Doença de Graves, e hipotireoidismo congênito.

Mais informações acesse nosso site  
[lemoslab.com.br](http://lemoslab.com.br)

### Passo a passo

- 1- Preencha os dados
- 2- Preencha as informações
- 3- Marque seus sintomas
- 4- Leia as instruções de coleta e envio do material
- 5- Assine a declaração do paciente
- 6- Envie o material
- 7- Aguarde os resultados

## 1. 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 (   )

Data da última menstruação    /    /    Sexo (   ) Masculino (   ) Feminino

### SOLICITANTE

Dr. (a) \_\_\_\_\_

Registro no Conselho Profissional    Nº

e-mail \_\_\_\_\_

Endereço

Bairro    Cidade    Estado

CEP    Telefone (   )

## 2. PREENCHA AS INFORMAÇÕES

- Faz uso de Lugol ou Iodo? (   ) Sim (   ) Não    Data da última dose    /    /
- Quantas gotas? \_\_\_\_\_ (   ) 2% (   ) 5% • Quantos miligramas por dia? \_\_\_\_\_

### PREENCHA A DATA E HORÁRIOS EM QUE REALIZOU A COLETA

Data da Coleta    /    /    Horário da Coleta

Vezes que realizou esse exame (   ) 1 (   ) 2 (   ) 3 (   ) 4 (   ) 5 ou mais (   ) Nenhuma

## 3. MARQUE SEUS SINTOMAS

A listagem de sintomas abaixo poderá ser usada para ajudar você, bem como no auxílio da interpretação do laudo para determinar sintomas específicos do seu desequilíbrio hormonal. Preencha e envie com as amostras da saliva.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fogachos/Calorões <sup>1</sup>                   | <input type="checkbox"/> Sonolência <sup>17</sup>                    | <input type="checkbox"/> Ansiedade <sup>33</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Ganho de peso <sup>2</sup>                       | <input type="checkbox"/> Mãos e pés frios <sup>18</sup>              | <input type="checkbox"/> Queda de cabelos <sup>34</sup>                                   |
| <input type="checkbox"/> Instabilidade emocional <sup>3</sup>             | <input type="checkbox"/> Dores musculares/articulações <sup>19</sup> | <input type="checkbox"/> Níveis aumentados/ diminuídos de glicose no sangue <sup>35</sup> |
| <input type="checkbox"/> Diminuição da libido <sup>4</sup>                | <input type="checkbox"/> Desejo por alimentos salgados <sup>20</sup> | <input type="checkbox"/> Distúrbios do sono/ insônia <sup>36</sup>                        |
| <input type="checkbox"/> Alterações de humor <sup>5</sup>                 | <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <sup>21</sup>        | <input type="checkbox"/> Palpitações cardíacas <sup>37</sup>                              |
| <input type="checkbox"/> Avidéz por doces e carboidratos <sup>6</sup>     | <input type="checkbox"/> Aumento de pêlos faciais <sup>22</sup>      | <input type="checkbox"/> Aumento de oleosidade da pele <sup>38</sup>                      |
| <input type="checkbox"/> Diminuição do fluxo urinário <sup>7</sup>        | <input type="checkbox"/> Suores noturnos <sup>23</sup>               | <input type="checkbox"/> Dificuldade de concentração <sup>39</sup>                        |
| <input type="checkbox"/> Imunidade diminuída <sup>8</sup>                 | <input type="checkbox"/> Ressecamento da pele <sup>24</sup>          | <input type="checkbox"/> Suscetibilidade a infecções <sup>40</sup>                        |
| <input type="checkbox"/> Aumento da circunferência abdominal <sup>9</sup> | <input type="checkbox"/> Aperto da mandíbula <sup>25</sup>           | <input type="checkbox"/> Problemas de memória <sup>41</sup>                               |
| <input type="checkbox"/> Agressividade/ raiva prolongada <sup>10</sup>    | <input type="checkbox"/> Falta de energia <sup>26</sup>              | <input type="checkbox"/> Aumento da urgência urinária <sup>42</sup>                       |
| <input type="checkbox"/> Cansaço frequente <sup>11</sup>                  | <input type="checkbox"/> Enxaqueças <sup>27</sup>                    | <input type="checkbox"/> Boca seca <sup>43</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Sensação de incapacidade <sup>12</sup>           | <input type="checkbox"/> Formigamento nas extremidades <sup>28</sup> | <input type="checkbox"/> Náuseas <sup>44</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de infertilidade <sup>13</sup>         | <input type="checkbox"/> Sintomas depressivos <sup>29</sup>          | <input type="checkbox"/> Diarreias frequentes <sup>45</sup>                               |
| <input type="checkbox"/> Problemas de pele/ alergia <sup>14</sup>         | <input type="checkbox"/> Osteoporose <sup>30</sup>                   | <input type="checkbox"/> Perda de peso não intencional <sup>46</sup>                      |
| <input type="checkbox"/> Diminuição da massa muscular <sup>15</sup>       | <input type="checkbox"/> Acne/espinhas <sup>31</sup>                 | <input type="checkbox"/> Pensamento constante em um mesmo assunto <sup>47</sup>           |
| <input type="checkbox"/> Pesadelos <sup>16</sup>                          | <input type="checkbox"/> Irritabilidade <sup>32</sup>                |   |

### OUTROS SINTOMAS

- DOENÇAS CRÔNICAS Quais? \_\_\_\_\_

### ESCREVA TODOS OS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, HORMÔNIOS QUE ESTÁ UTILIZANDO OU UTILIZOU NAS ÚLTIMAS SEMANAS

### FEMININO

- Uso de anticoncepcional (inclui pílula). Qual anticoncepcional? \_\_\_\_\_
- Secura vaginal <sup>48</sup>     Perda de volume nas mamas <sup>49</sup>     Ovários policísticos <sup>52</sup>
- Síndrome pré-menstrual (TPM) <sup>50</sup>     Alteração no ciclo menstrual <sup>51</sup>

### MASCULINO

- Aumento da próstata <sup>53</sup>
- Problemas de próstata <sup>54</sup>
- Disfunção erétil <sup>55</sup>

### EREÇÃO MATINAL

- Diária <sup>56</sup>
- 2 a 3 vezes por semana <sup>57</sup>
- mais de 3 vezes por semana <sup>58</sup>

## 4. INSTRUÇÕES PARA COLETA E ENVIO DO MATERIAL

### COLETA

- Pacientes em reposição de iodo precisam **suspender o tratamento por 24 horas** antes de iniciar a coleta da saliva e da urina
- Não colher **durante o período menstrual**
- **Não usar** batom no momento da coleta
- Por um período de 2 horas antes da coleta **não é permitido** qualquer tipo de alimentação ou bebida (com exceção de água)
- A **coleta não é recomendada** em casos de lesões orais com sangramento ativo ou potencial
- Evitar escovar os dentes pelo menos **2 horas antes da coleta** para evitar sangramento gengival
- Introduzir a saliva **diretamente** no tubo (colher acima da metade do tubo)
- Coletar a urina no recipiente do próprio kit (**Pote sem tampa**)
- Transferir a urina para o **tubo com etiqueta de cor laranja (URINA)** acima da metade do tubo, **usando a pipeta descartável.**

### ENVIO DO MATERIAL

- **Preencher** o formulário de sintomas completo
- Colocar as amostras e o formulário **dentro do envelope** presente no kit.
- Os tubos poderão ser encaminhados ao laboratório sem refrigeração. No entanto, em casos onde o transporte não será efetuado no mesmo dia, aconselha-se a refrigeração da amostra entre 2º a 8º C (porta da geladeira) até o dia da postagem.
- Enviar o material via Sedex **preferencialmente no dia da coleta.**

---

## 5. DECLARAÇÃO DO PACIENTE


Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que a amostra identificada com meu nome foi coletada por mim, de acordo com as instruções de coleta informadas pelo laboratório e estou ciente de que ela ficará preservada no laboratório por até 60 dias.

- 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

