

1. PREENCHA OS DADOS

PACIENTE

Nome _____

Data de Nascimento / / Idade _____ Peso _____ Altura _____

e-mail _____ CPF _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

CEP _____ Telefone () _____

Sexo () Masculino () Feminino Data da Coleta / /

SOLICITANTE

Dr. (a) _____

Registro no Conselho Profissional _____ Nº _____

e-mail _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____

CEP _____ Telefone() _____

2. 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 que minha amostra 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 _____

3. MARQUE SEUS SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

- () Náuseas 1
- () Vômito 2
- () Dor abdominal 3
- () Distensão abdominal 4
- () Diarréia ou prisão de ventre 5
- () Gordura nas fezes 6
- () Inflamação intestinal 7
- () Esofagite alérgica 8
- () Incontinência fecal 9
- () Outros 10

SINAIS E SINTOMAS CUTÂNEOS

- () Prurido (coceira) na pele, olhos ou boca 19
- () Urticária 20
- () Dermatite 21
- () Inchaço no corpo 22
- () Vermelhidão no corpo 23
- () Cianose periférica (cor azulada na ponta dos dedos) 24
- () Sudorese (excesso de suor) 25
- () Bolhas 26
- () Edemas (inchaço) nos lábios 27
- () Gosto metálico 28
- () Outros 29

SINAIS E SINTOMAS GINECOLÓGICOS

- () Irregularidade menstrual 42
- () Ovários policísticos 43
- () Outros 44

SINAIS E SINTOMAS OFTALMOLÓGICOS

- () Conjuntivite (inflamação nos olhos) 45
- () Lacrimejamento 46
- () Outros 47

Cite os três principais sintomas que mais incomodam você

Primeiro lugar _____

Segundo lugar _____

Terceiro lugar _____

() DOENÇA CRÔNICA

Cite _____

SINAIS E SINTOMAS NEUROLÓGICOS

- () Cefaléia e enxaqueca 11
- () Irritabilidade (nervosismo fácil) 12
- () Hiperatividade (não consegue ficar parado) 13
- () Depressão (tristeza) 14
- () Pânico (medo) 15
- () Insônia 16
- () Dificuldade de concentração 17
- () Outros 18

SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- () Espirros frequentes 30
- () Coriza (congestão nasal) 31
- () Rinorreia (secreção pelo nariz) 32
- () Rouquidão 33
- () Estridor (sensação de chiado ao falar) 34
- () Edema de laringe 35
- () Dispneia (falta de ar) 36
- () Taquipneia (respiração rápida e superficial) 37
- () Broncorreia (secreção dos brônquios) 38
- () Chiado 39
- () Crises de asma 40
- () Outros 41

SINAIS E SINTOMAS CÁRDIO-CIRCULATORIOS

- () Hipotensão (queda de pressão) 48
- () Arritmias (coração com batimentos irregulares) 49
- () Taquicardia (coração disparado) 50
- () Outros 51

SINAIS E SINTOMAS OSTEO-ARTICULARES

- () Astenia e artrite (dores nas articulações) 52
- () Outros 53

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

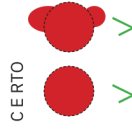
4. INSTRUÇÕES PARA COLETA E ENVIO DO MATERIAL

INSTRUÇÕES PARA COLETA

- Não é necessário jejum
- COLETA COM A LANCETA**
 - Lave as mãos com água e sabão e seque com uma toalha seca e limpa.
 - Higienize o dedo a ser picado com o Swab de álcool fornecido no kit. Deixe secar. NÃO ASSOPRE.
 - Remova a tampa da lanceta
 - Massageie o dedo desde a base até a ponta para promover um bom fluxo de sangue,
 - Posicione e pressione firmemente a lanceta contra o dedo a ser picado e pressione o botão. Sentirá uma leve picada indicativa de que a pele foi perfurada.
 - Posicione o dedo acima do Spot (papel fi litro) e aponte para baixo na direção dos círculos. Continue pressionando o dedo desde a base até a ponta a fim de estimular a saída do sangue;
 - Deixe as gotas de sangue caírem diretamente nos círculos do dispositivo de transporte até o preenchimento total de cada um, sem deixar nenhum espaço vazio.
 - Descarte a lanceta em um recipiente seguro após o uso.
 - Deixe o dispositivo com as manchas de sangue capilar secando por ao menos 60 minutos (1 hora).

IMPORTANTE

- Preencha totalmente os dois círculos contidos no dispositivo de transporte (papel fi litro).
- Excesso de sangue no círculo não gera nenhum problema.
- É impossível realizar o exame caso todos os dois círculos não estejam totalmente preenchidos.
- Um procedimento que ajuda a amaciar a pele e contribui para o bom fluxo de sangue é lavar as mãos com água morna.



ENVIO DO MATERIAL

- Preencha esse formulário de sintomas com todos os dados solicitados ;
- Em nosso site, gere o código de postagem dos correios: <https://lemoslab.com.br/logistica/reversa/>

Você pode acessar o QR Code abaixo



- Anote o número de postagem que receberá em seu e-mail.
- Envie o material coletado juntamente com o formulário de sintomas via Sedex usando o envelope e endereço contidos no próprio kit, apresentando nos correios o número de postagem recebido no e-mail.

EXAME DE:

BUTIRATO PROPIONATO

Agora com exames com coleta de papel filtro
Material sangue



Bem-vindo à qualidade Lemos!

Passo a passo

- 1- Preencha os seus dados e do solicitante
- 2- Preencha a declaração do paciente
- 3- Marque seus sintomas
- 4- Leia as instruções para a coleta e envio de material



LEMOS LABORATÓRIOS

(32) 3257-3200 | (32) 99138-0383 | **SP** (11) 2691-0730 | **RJ** (21) 3738-5820
MG - Av. Presidente Itamar Franco 2251 - São Mateus - Juiz de Fora - MG - CEP 36025-290
SP - Rua Conselheiro Saraiva 306/31 - Santana - São Paulo - SP - CEP 02037-020
RJ - Largo do Machado, 29 / sala 811 Catete - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22221-901



lemoslab.com.br

PRECISÃO | VANGUARDA | CONFIANÇA