Laboratório Maricondi
excelência em diagnóstico

R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123

CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

Questionário de análise

* *Campos obrigatórios*

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Nome: *	**Sobrenome:** *
Gênero: * ☐ Homem ☐ Mulher	**Data de nascimento:*** *(dia/mês/ano)*

RG: *	**Telefone:** *	**Email:** *
Endereço: *	**Cidade:***	**CEP:***

INFORMAÇÃO DA AMOSTRA

Código da amostra: *	**Hora da coleta**	**Idioma do laudo:** *
Data da coleta: * *(dia/mês/ano)*		☐ Espanhol ☐ Inglês ☐ Português

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Idade:*	**Peso:** *	**Altura (cm):** *

PATOLOGIAS (Pode selecionar mais de uma) *

☐ Diabetes	☐ Doença celíaca	☐ Doença inflamatória intestinal
☐ Intolerância à lactose	☐ Intolerância à frutose	☐ Supercrescimento bacteriano no intestino delgado (SIBO)
☐ Esofagite eosinofílica	☐ Síndrome do intestino irritável	☐ Alergias conhecidas (especificar) _____

☐ Outros (especificar) _____

MOTIVO PRINCIPAL DO ESTUDO *

☐ Problemas gastrointestinais	☐Problemas de pele	☐ Problemas respiratórios
☐ Curiosidade	☐ Enxaqueca	☐ Outros (especificar) _____

De acordo com o GDPR (UE) 2016/769, a LOPDGDD 3/2018 e a Lei Básica 41/2002 Regulamentando a Autonomia do paciente, informamos que você deve ASSINAR o Termo de Consentimento Informado "COLETA DE AMOSTRAS / ENTREGA DE RESULTADOS", no qual é claramente especificado quem é o responsável pela proteção dos seus dados, bem como a utilização que será feita deles e aquele cujos direitos são mencionados.

ISO 9001 · Sistema Nacional de Acreditação DICQ · PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade · Controllab