

Maintrac® Teste de Substâncias (informe a dose diária do medicamento)

substância IV	dose diária	Teste de combinação:	dose diária	Teste de drogas sob hipertermia	dose diária/ Temperat.
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

Outros testes de diagnóstico

Estado imunológico Subpopulação de linfócitos (células NK, monócitos)

Trombotrac® **Análise de risco de trombose** (laudos e exames laboratoriais)
Muitas vezes há um risco aumentado de metástase com tumores.

Sob Consulta **Solicite o formulário de pedido**

Por favor, preencha o formulário de solicitação por completo e nos envie por e-mail (exame@bioargo.com) ou WhatsApp (+55 21 2621-5565).
Adicionalmente, envie este formulário com a amostra. O resultado será recebido em 10 dias após a coleta.

Informações sobre os testes e custos:

Eu fui totalmente informado sobre o(s) exame(s) pelo meu(minha) médico(a). Antes de autorizar o pagamento, eu serei totalmente informado sobre custo e forma de pagamento desse(s) teste(s). Tais custos serão pagos pelo responsável pelo pagamento, conforme abaixo, independente se existir reembolso do meu plano de saúde.

Declaração de privacidade e isenção de confidencialidade:

Declaro o meu consentimento para que os meus dados pessoais e os meus dados de tratamento sejam recolhidos, armazenados, tratados e utilizados por via eletrônica e física, e para elaboração de nota fiscal e para cobrança. Para esse fim, libero expressamente de confidencialidade, meus médicos, o Laboratory Dr. Pachmann, a Bioargo Comercial LTDA, seus funcionários e representantes. Este consentimento pode ser revogado a qualquer momento.

Por motivos organizacionais, os resultados poderão ser enviados para o site e para o hub maintrac®, via caixa de resultados.

Como paciente, estou livre para visualizar meus arquivos de pacientes a qualquer momento e excluir meus dados, caso esses ainda estejam armazenados.

A(s) amostra(s) do meu sangue será(ão) enviada(s) para o Laboratory Dr. Pachmann em Bayreuth na Alemanha. Em função da logística de recebimento, as amostras são avaliadas. Pode ser que eu precise repetir a coleta de sangue ou que não exista a possibilidade de realização do exame em função do tempo máximo de recebimento (72 horas).

Data e assinatura do paciente

Por favor, envie meus resultados de laboratório para: (múltiplas respostas são possíveis):

- Para meu médico por correios por e-mail
 Para mim por correios por e-mail

No caso de entrega digital:

E-mail do paciente (se diferente do informado acima):

E-mail do médico (se diferente do informado acima):

Data, carimbo e assinatura do médico

Data, assinatura do paciente

Avaliação dos meus dados para fins de pesquisa: Eu concordo que os dados do pedido e os resultados laboratoriais deste formulário sejam usados pela Spezielle Immunologie Forschung + Entwicklung GmbH, Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth, Laboratory Dr. Pachmann e Bioargo Comercial LTDA, em formato pseudônimo para fins de pesquisa. Este consentimento é voluntário e pode ser revogado a qualquer momento.

Data e assinatura do paciente

Por favor, adicionalmente, envie ao meu médico:

- Formulários de solicitação de laboratório Formulários de solicitação do Trombotrac®
 Material de informação sobre o maintrac® Questionários do Trombotrac®
 Caixas de coleta/remessa 2 5 10 15 20

Responsável pelo pagamento

Primeiro nome **Preencha apenas se for diferente do paciente**

Sobrenome

CPF

Endereço

E-mail

Telefone e celular

Data e assinatura do responsável pelo pagamento