

**TERMO DE SOLICITAÇÃO**  
**EXAME TOXICOLÓGICO DE LARGA JANELA DE DETECÇÃO**  
**\*Todos os dados são imprescindíveis**

**Informações importantes sobre o exame toxicológico de larga janela de detecção, conforme Resolução 691/2017**

- 1- De acordo com diretrizes reconhecidas para exame toxicológico forense de cabelo, pelos e unhas, o THEOLAB SAUDE Toxicológico armazena por um período de 5 (cinco) anos a amostra de contraprova em seu envelope original de modo seguro e protegido, em área com restrição de acesso.
- 2- O exame toxicológico de larga janela de detecção realizado na contraprova possui a mesma metodologia adotada no exame da primeira amostra e deve ser analisado pelo mesmo laboratório que realizou a análise inicial.
- 3- O teste da contraprova B para a detecção de drogas e seus metabólitos não está vinculado a comparação de seus valores de cut-off. O laboratório deve somente confirmar a presença da droga e seu metabólito, o qual foi reportado na Amostra "A" – devido a não homogeneidade da distribuição da droga na queratina. Ou seja, apesar de dosada com a mesma metodologia do primeiro exame, no teste de contraprova será liberado apenas o resultado qualitativo, como positivo ou negativo para a droga testada.
- 4- A partir do momento em que o material biológico for utilizado para realização de contraprova, não haverá mais qualquer material a ser analisado futuramente.
- 5- A partir da abertura do envelope B, serão avaliados os critérios pré-analíticos necessários para a realização ou não da contraprova.
- 6- Por se tratar de um direito legal do doador, o exame de contraprova não será cobrado pelo THEOLAB SAÚDE Toxicológico.

Estando ciente e de acordo com as informações apresentadas acima, por favor, preencha todos os campos abaixo para solicitar a realização de contraprova para o THOLAB SAÚDE Toxicológico:

**Dados Gerais**

Nome do Unidade de Coleta (UCL name): \_\_\_\_\_

Código do Unidade de Coleta (UCL Code): \_\_\_\_\_

Nº de pedido do doador: \_\_\_\_\_

Nome do doador: \_\_\_\_\_

**Drogas a serem realizadas a contraprova:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dados do doado**

Eu, \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_,

ciente das informações prestadas acima, solicito a abertura do envelope B para que seja realizado o exame de contraprova para confirmar o resultado encontrado na amostra contida no envelope A do pedido exposto acima.

\_\_\_\_\_  
Responsável Unidade Apoiada

Nome:

CPF:

Cargo:

\*Carimbo do responsável

\_\_\_\_\_  
Doador

Nome:

CPF:

