

**TERMO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA  
EXAME IMUNO-HISTOQUÍMICA**

A imuno-histoquímica é um exame complementar ao exame anatomopatológico, baseado na localização de antígenos em tecidos, explorando o princípio da ligação específica entre anticorpos e antígenos. A imuno-histoquímica é amplamente utilizada, tanto com fins diagnósticos como prognósticos.

**DADOS DO PACIENTE**

Eu, ....., nº de identidade .....,

( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco .....), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado será encaminhada, por indicação do médico assistente, para o laboratório abaixo:

Laboratório de Patologia: **ICAP INSTITUTO DE CITOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA LTDA.**

Endereço: **RUA GENERAL OSÓRIO EDIFÍCIO CENTRO CLÍNICO MÉDICO Nº 329**

Sala: **504**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **BENTO GONÇALVES**

Telefone: **(54) 3453.7044**

Diretor técnico do laboratório: **LIANE FACCIO**

CRM: **29892**

( ) Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico.

( ) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

( ) Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

( ) Fui esclarecido(a) que apesar do prazo estipulado para entrega dos resultados, que serão cumpridos sempre que possível, o exame pode vir a ter atraso no diagnóstico devido à complexidade do caso, e necessidade de acréscimos de novos anticorpos. E que o resultado será encaminhado para o médico que solicitou o exame.

Assinatura do paciente/responsável: .....

**Responsável pela Aplicação do Termo**

Nome completo: .....

Nº de identidade: ..... Assinatura: .....