

**TERMO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA
EXAME DE PCR / CAPTURA HÍBRIDA**

O exame de PCR é uma técnica de biologia molecular empregada para amplificar uma única cópia ou cópias de um segmento de DNA, gerando cópias de uma determinada sequência de DNA. O exame possibilita pesquisar outros agentes infecciosos, além do HPV, como Chlamydia trachomatis.

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

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

Endereço: **RUA GENERAL OSÓRIO EDIFÍCIO CENTRO CLÍNICO MÉDICO N° 329**

Sala: **504**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **BENTO GONÇALVES**

Telefone: **(54) 3453.7044**

Diretor técnico do laboratório: **LIANE FACCI**

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: