

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXAME DE PCR

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.

Nome do Paciente: _____

Eu, _____, portador (a) do RG ou CPF _____ () paciente ou () responsável por _____ 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 **ICAP - Instituto de Citologia e Anatomia Patológica Ltda, localizado no endereço: Rua Sinimbu, 1878 sala 607, 6ª andar - Centro, Caxias do Sul - RS, 95020-002. Tel.: (54) 3027-1704. Diretor técnico: Dr. Karina Bueno Salgado – CRM 16795.**

() Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2169/2017.

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

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

() Fui informado(a) de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises.

() Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame.

() Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

Assinatura do responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____