

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO SOBRE A NÃO REALIZAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

PARECER: Em casos de exames particulares, em que a paciente não concorde em fazer o exame anatomopatológico, estas já devem ser triados no momento da cirurgia no hospital, sendo que o médico cirurgião deverá fornecer a paciente o **Termo de consentimento esclarecido sobre a não realização de exame anatomopatológico e suas consequências** e a informação de que o exame anatomopatológico não será realizado. Essas peças deverão ser descartadas diretamente no hospital onde foi realizado a cirurgia, não tendo a entrada no laboratório. A paciente assina o termo de descarte, tendo a ciência que a responsabilidade é somente do médico cirurgião e do hospital onde foi realizado o procedimento. O laboratório não fica responsável por qualquer eventualidade, visto que não terá acesso a peça cirúrgica.

ICAP - Instituto de Citologia e Anatomia Patológica Ltda, localizado no endereço: Rua Sinimbu, 1878 sala 607, 6º andar - Centro, Caxias do Sul - RS, 95020-002.

Tel.: (54) 3027-1704. Diretor técnico: Dr. Karina Bueno Salgado – CRM 16795.

Nome do Paciente: _____

Eu, _____, portador (a) do RG ou CPF _____ () paciente ou () responsável por _____ grau de parentesco _____,

declaro que não tenho interesse em realizar o exame anatomopatológico da minha peça cirúrgica.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____

2ª Testemunha: Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____