

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Nome do Paciente: _____

Eu, _____, portador

(a) do RG ou CPF _____ () paciente ou () responsável por _____ grau de parentesco _____, declaro que fui

informado de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico, 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: _____

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____

2ª Testemunha: Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____