

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Leito: ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

Declaro que recebi esclarecimento de que fui submetido(a) a coleta de amostra(s) de material biológico que será(ão) submetida(s) a exame de anatomopatológico.

Declaro ainda que:

a) Fui informado(a) de que a(s) amostra(s) do material biológico coletado para exame anatomopatológico será(ão) encaminhada(s), por decisão do médico assistente, para o laboratório de Patologia, abaixo:

Nome do Estabelecimento: _____

Laboratório de Patologia: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Diretor(a) Técnico(a) do Laboratório: _____ CRM: _____

b) Fui esclarecido(a) acerca dos cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até sua entrada no laboratório de patologia em conforme com o disposto na Resolução CFM 2074/2014.

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

d) Fui esclarecido(a) de que poderia optar por encaminhar ou transportar pessoalmente a(s) amostra(s) para realização do exame em outro laboratório de minha confiança, mas opto pelo encaminhamento para o laboratório indicado.

e) Tenho ciência de que é de minha responsabilidade dirigir-me a(o) _____

para retirada do resultado do exame no prazo de até _____ dias, bem como, retornar com o médico de minha escolha portando o resultado para orientação e prosseguimento.

PACIENTE ou REPRESENTANTE LEGAL

Declaro ter recebido todas as informações deste Termo, que foi lido por mim e que entendo completamente o conteúdo. Confirmando, igualmente, que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

_____, _____ de _____ de 20 ____ Hora: ____ :

Nome legível completo: _____ Assinatura _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível completo: _____ Assinatura: _____

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TERMO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente/responsável, o conteúdo deste termo.

Nome legível completo: _____ Assinatura: _____

PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR RETIRADA E ENCAMINHAMENTO DO MATERIAL DIRETAMENTE PELO(A) PACIENTE:

a) Declaro que OPTO por retirar o material _____ para realização em laboratório de minha confiança.

b) Fui esclarecido(a) acerca dos cuidados necessários para manuseio, acondicionamento e transporte do material biológico até sua entrada no laboratório de patologia de minha escolha e confiança, me responsabilizando integralmente por todo e qualquer evento que possa ocorrer com o material biológico por mim retirado, enquanto estiver sob minha posse.

PACIENTE ou REPRESENTANTE LEGAL

Declaro ter recebido todas as informações deste Termo, que foi lido por mim e que entendo completamente o conteúdo. Confirmando, igualmente, que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

_____, _____ de _____ de 20 ____ Hora: ____ :

Nome legível completo: _____ Assinatura _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA

Nome legível completo: _____ Assinatura: _____

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TERMO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente/responsável, o conteúdo deste termo.

Nome legível completo: _____ Assinatura: _____