

TERMO DE ESCLARECIMENTO INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO

***Todos os dados são imprescindíveis**

Eu, _____, documento de identidade nº _____
() paciente/() responsável (grau de parentesco _____), declaro que estou ciente que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico) será encaminhado para o Laboratório de Patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a este estabelecimento:

Laboratório: THEOLAB SAUDE Patologia
Endereço: IRAJÁ – RIO DE JANEIRO Tel.: 21 30856035

() 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 2.074/2014.

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

() Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para a realização do exame em outro laboratório da minha confiança, porém, autorizo que a mesma fosse transportada pelo Laboratório de Patologia.

Observações: _____

Cidade: _____ Data: _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente ou responsável: _____

1ª testemunha

Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____ (responsável pela aplicação de Termo)

2ª testemunha

Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____ (responsável pelo recebimento da amostra no laboratório)