

	CRYOGENE – Criogenia Biológica Ltda	
	CONSENTIMENTO INFORMADO MÉDICO	Página 1 de 1

Prezado Dr. (a). _____

Através desta, gostaríamos de informar que sua paciente, _____ deseja realizar a coleta e criopreservação do Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP) de seu (sua) filho (a). Para isso pedimos sua colaboração no preenchimento das informações que seguem:

Eu, Dr. (a) _____, CRM _____, estou ciente da vontade de minha paciente acima citada sobre a coleta e criopreservação do SCUP de seu (sua) filho (a). E mais:

- A **CRYOGENE – Criogenia Biológica Ltda**, disponibilizará um funcionário capacitado e treinado, bem como o material necessário para a realização da coleta.
- A coleta é realizada preferencialmente com a placenta ainda *in útero*.
- Relatarei todo e qualquer problema clínico que possa impedir a coleta, bem como, sei que posso suspender a qualquer momento a mesma visando o bem estar de minha paciente.
- A **CRYOGENE** realizará coleta do sangue materno no momento do parto, para a realização dos seguintes testes: HIV, Sífilis, Chagas, Hepatite B e C, e HTLV, conforme a ANVISA Resolução RDC nº153 de 14 de junho de 2004.

Ciente, _____
(Assinatura e carimbo do médico responsável)

Endereço do consultório: _____

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Data provável do parto: _____ Local do parto: _____