

(Logotipo do Laboratório)
(Nome do Laboratório)
(Endereço, fone, site)

TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO

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 encaminhada para o Laboratório de Patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a este estabelecimento:

Laboratório: DB Patologia

Endereço: Av Victor Andrew, nº 1470 – Zona Industrial - Sorocaba/SP

Tel.: (15) 3226-8847

Responsável técnica: Dra. Renata Silvia Sacchi - CRM 121316

() 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 realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

() Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para 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 do Termo)

2ª testemunha

Nome completo _____

Nº de identidade _____

Assinatura _____ (responsável pelo recebimento da amostra no laboratório de Patologia)