

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

Eu, _____, portador do RG ou CPF _____ () paciente/() responsável (grau de parentesco: _____), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para análise será encaminhada, por indicação do médico, para laboratório credenciado ao Programa OnTrack. Declaro, ainda, que:

1. Fui informado(a), através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança:

() SIM () NÃO

2. 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, estando ciente ainda de que, exclusivamente as informações obtidas por meio dos exames realizados, excluindo-se dados pessoais, poderão ser utilizadas para avaliações científicas e estatísticas, incluindo publicações:

() SIM () NÃO

3. Foram-me dados todos os esclarecimentos necessários 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 2074/2014:

() SIM () NÃO

4. Autorizo o transporte da amostra para a realização da análise para um laboratório credenciado ao Programa onTRack:

() SIM () NÃO

5. Caso a amostra biológica esteja em posse de laboratório terceiro ou externo, autorizo sua retirada e transporte por portador relacionado à logística do programa onTRack:

() SIM () NÃO () Não se aplica

NOME DO LABORATÓRIO: _____

Logradouro: _____ No. _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

6. Autorizo o compartilhamento dos meus dados pessoais (nome, sexo, CPF, data de nascimento, telefone, e-mail e resultado do exame) com prestadores de serviços autorizados pela Bayer com a finalidade da realização deste Programa via sistema Azimute:

() SIM () NÃO

7. Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame:

() SIM () NÃO

8. Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise:

() SIM () NÃO

Assinatura do paciente/responsável

____/____/____
Data

Assinatura do médico responsável pela aplicação do Termo

____/____/____
Data