

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

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, portador

do RG ou CPF \_\_\_\_\_ ( ) paciente ou ( ) responsável por

\_\_\_\_\_ grau de parentesco \_\_\_\_\_, declaro que fui informado de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico/citopatológico será encaminhada, por indicação do médico, e minha autorização, para o laboratório **CITOLAB – Laboratório de Citologia Clínica e Histopatologia, localizado no endereço: Av. Vicente Machado, 1150 – Batel – Curitiba – PR. Tel.: (41) 3222 - 9560. Diretor técnico: Dra. Mara Rejane Rodrigues Correa Segalla – CRMPR 10183, contratualmente vinculado a este estabelecimento.**

( ) 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 2169/2017.

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

( ) Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

( ) Fui informado 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.

( ) Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame.

( ) Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Testemunha:

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_