

Laboratório de Anatomia Patológica – ANATPAT

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

Nome Paciente: _____

Nome da mãe: _____ Data de nascimento: _____

Eu, _____, nº de identidade _____ ()paciente / ()responsável (grau de parentesco: _____), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado:

Laboratório de Patologia Anatpat

Diretor técnico: Dra. Maria Francisca Torres Lopes – CRM 14835

Localizado na rua Ramiro Barcelos, 910 conjunto 308, 3º andar do Centro Clínico do Hospital Moinhos de Vento CEP 90035-001. Telefone para contato: 33113041 ou 33113071. Horário de funcionamento de segunda a sexta das 08h as 18h e sábado das 08h as 13h.

() Fui esclarecido (a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para a 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.

Observações: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

1) Nome completo _____

Identidade _____ Assinatura: _____

2ª testemunha

1) Nome completo: _____

Identidade _____ Assinatura: _____