



ANEXO I

(Resolução CFM nº 2169/2017)

IDENTIFICAÇÃO/LOGOTIPO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DADOS DO PACIENTE

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

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 acima indicado: Laboratório de Patologia:

Endereço: _____ Tel.: _____

Diretor _____ técnico _____ do _____ laboratório: _____ CRM _____ () 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 nº ____/20___. () 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.

Observações: _____

Cidade, _____ de _____ 20___. Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo: Nome completo _____ N° de identidade _____

Assinatura _____ 2ª testemunha

2) Nome completo _____

N° de identidade _____ Assinatura _____