

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Identificação

PACIENTE

RESPONSÁVEL (grau de parentesco _____)

Eu _____ RG _____. Declaro que estou ciente de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico por indicação do médico assistente será encaminhada ao LAPAC Laboratório, situado na R. Dr. Camilo Ermelino da Silva, 461, centro, Dourados – MS com telefone para contato no número (67) 3422-8222 ou (67) 99217-5523. Autorizo o acesso a exames anteriores relacionados à amostra estudada, que possam ser necessários para complementar o diagnóstico e/ou análises futuras.

Estou ciente de que, conforme minha decisão, devo ler e firmar os seguintes termos de responsabilidade, caso aplicáveis: **a)** Declaro ciência de que a ausência desse estudo pode acarretar em riscos à minha saúde, como diagnóstico tardio de patologias. **b)** Caso opte pela retirada de materiais biológicos antes de sua análise, assumo os riscos e eventuais prejuízos ao diagnóstico. **c)** Caso solicite a retirada de peças ou materiais histológicos (blocos de parafina ou lâminas), assumo integral responsabilidade pelo transporte e custódia desses itens, bem como por sua integridade.

Nome instituição de saúde oriunda da amostra _____

Número de celular com whatsapp _____

ACEITE (marque com x as opções desejadas):

Estou ciente dos cuidados tomados pelo laboratório a respeito de manuseio, acondicionamento, e análise realizada. Autorizo o transporte da amostra resultante do procedimento até o laboratório para dar continuidade no processo de análise e procedimentos afins.

Estou ciente, porém NÃO autorizo o envio de minhas amostras ao laboratório, pois prefiro optar por encaminhar pessoalmente até um laboratório de minha preferência.

Autorizo que o laudo seja enviado via whatsapp.

