

NOME CIVIL: _____ GÊNERO BIOLÓGICO: ☐ F ☐ M

CPF: _____ IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NOME DA MÃE: _____

NOME SOCIAL: _____ GÊNERO DE IDENTIFICAÇÃO: ☐ F ☐ M

CIDADE: _____ TELEFONE: _____

HOSPITAL/CLÍNICA: _____

CONVÊNIO: _____

CARTEIRINHA/SENHA: _____ VALOR: _____ ☐ PAGO ☐ A PAGAR

EXAME SOLICITADO:

ANATOMOPATOLÓGICO:

☐ BIÓPSIA SIMPLES

☐ RESSECÇÃO/EXERESE

☐ PEÇA CIRÚRGICA

☐ BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO

☐ CITOLOGIA ONCÓTICA

☐ FISH/CISH

☐ IMUNO-HISTOQUÍMICA

☐ IMUNOFLUORESCÊNCIA

☐ MICROSCOPIA ELETRÔNICA

☐ PAAF

☐ PCR

Outros: _____

MATERIAL/IDENTIFICAÇÃO DA PEÇA:

DADOS CLÍNICOS:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Nº DE FRASCOS: _____

Nº DE LÂMINAS: _____

DATA DA COLETA: ____/____/____

HORA DA COLETA: ____:____

HORA DA FIXAÇÃO: ____:____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Eu, _____, CPF _____

☐ paciente/ ☐ responsável (grau de parentesco _____), declaro que fui informado(a) do termo de consentimento livre e esclarecido anexado no verso e afirmo consentimento.

MÉDICO SOLICITANTE/CRM



PACQ
Programa de Acreditação
e Controle da Qualidade
Sociedade Brasileira de Patologia



**Sociedade
Brasileira de
PATOLOGIA**

Dr.^ª Leticia Alta – CRM/PR 21624
RQE nº 15664
Médica Patologista/Responsável Técnica

(44) 3056-5090
(44) 99809-6750
diagnosticosclaracombr

Rua Perobal 4065, Sala 04 e 05
Zona I – CEP 87501-300
Umuarama – PR
CNPJ: 09.316.622

- A amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, ao Laboratório de Patologia CENTRO DE DIAGNÓSTICO SANTA CLARA, localizado na rua Perobal, nº 4065 – Sala 04/05, telefone (44) 3056-5090, diretor técnico do laboratório Drª Leticia Aita CRM/PR 21624.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia indicado acima.
- 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 2074/2014.
- Fui esclarecido (a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.
- Autorizo a utilização dos dados pessoais e sensíveis solicitados neste pedido para cadastro e registro no sistema de informação da instituição, que são: nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, telefone, CPF/ RG, endereço, cidade, estado, convênio, dados clínicos, identificação da peça e hipóteses diagnósticas, com a finalidade de garantir a rastreabilidade durante todo o processo, e possibilitar correlação anátomo-clínica, que é crucial para a elaboração de um diagnóstico preciso.
- Autorizo a disponibilização via WhatsApp e em seu site corporativo o laudo anatomopatológico/ citopatológico, em formato PDF (Portable Document Format), apenas para fins de leitura e/ ou impressão, objetivando otimizar o tratamento médico, eliminando a necessidade do paciente se deslocar até o laboratório para retirar o laudo.
- Autorizo o compartilhamento dos dados sensíveis que contemplam o laudo final com o médico assistente, hospital, clínica, ou operadora de saúde credenciada, caso seja solicitado.
- Fui esclarecido (a) sobre a possibilidade de solicitar a exclusão das informações pessoais que serão armazenadas após o prazo legal estipulado pela legislação vigente e adotado pela instituição de 20 anos. Estou ciente que nome completo, data de nascimento, sexo e nome da mãe são dados que não poderão ser excluídos, pois são critérios mínimos para a identificação única, exclusiva e rastreabilidade da amostra.
- Autorizo o transporte da amostra do material biológico para laboratório contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado para opinião diagnóstica e exames complementares de Imuno-histoquímica/ Imunofluorescência ou Patologia Molecular se necessário e solicitado pela médica patologista ou médico assistente.
- Confirmando que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido com validade por tempo indeterminado.

OBSERVAÇÕES:

