



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ANÁLISE E TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado, neste ato e na melhor forma de direito, autoriza que o material biológico coletado para exame anatomopatológico seja encaminhado para equipe médica do Instituto de Patologia de Araçatuba (IPAT), por indicação do médico assistente. Eventuais casos selecionados, de difícil conclusão diagnóstica, poderão ser enviados para laboratórios de consultoria no Brasil e no exterior.

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado declara ter ciência que a amostra biológica não será analisada para outros fins que estejam além do diagnóstico acurado e estadiamento (quando necessário), sendo mantida a confidencialidade sobre os dados e resultados; e autoriza, quando necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa de realização do exame.

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado declara estar ciente que caso haja material remanescente após análise e armazenamento seguindo prazos previstos no Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (Pacq-SBP), o material será descartado pelo IPAT. Casos inusitados e de interesse acadêmico poderão eventualmente ser encaminhados para instituições de ensino ou submetidos a apresentações em congresso e publicações científicas, sem que haja identificação do paciente ou qualquer tipo de prejuízo, visto que o material remanescente após o estudo anatomopatológico seria desprezado.

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado declara ter ciência que este Termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado por um prazo máximo de 5 anos.

Mediante assinatura desse termo, o paciente (ou seu responsável legal) reconhece que todas as informações disponíveis nesse termo foram completamente compreendidas tendo a opção de encaminhar / transportar por conta própria a amostra para realização do exame em outro laboratório de sua confiança. Declarando, dessa forma, que a assinatura e aceitação para realização do estudo anatomopatológico é voluntária espontânea e informada.

Diretor técnico do IPAT: Dr. Neivio José Mattar CRM: 19059

Nome do paciente: _____

Nome do responsável legal (se for o caso): _____

Grau de parentesco (se for o caso): _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data: _____

Assinatura: _____