

PARA USO DO IPPF:

TÉCNICA Data: ___/___/___ Blocos: _____ <input type="checkbox"/> Cortes seriados <input type="checkbox"/> Novo HE <input type="checkbox"/> Aprof. <input type="checkbox"/> Incluir tudo (IT) <input type="checkbox"/> Recortes: <input type="checkbox"/> Color. especiais: _____ <input type="checkbox"/> CITO: _____ PARA: _____

TÉCNICA Data: ___/___/___ Blocos: _____ <input type="checkbox"/> Cortes seriados <input type="checkbox"/> Novo HE <input type="checkbox"/> Aprof. <input type="checkbox"/> Incluir tudo (IT) <input type="checkbox"/> Recortes: <input type="checkbox"/> Color. especiais: _____ <input type="checkbox"/> CITO: _____ PARA: _____

TÉCNICA Data: ___/___/___ Blocos: _____ <input type="checkbox"/> Cortes seriados <input type="checkbox"/> Novo HE <input type="checkbox"/> Aprof. <input type="checkbox"/> Incluir tudo (IT) <input type="checkbox"/> Recortes: <input type="checkbox"/> Color. especiais: _____ <input type="checkbox"/> CITO: _____ PARA: _____

TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA, REALIZAÇÃO DE EXAME E ENTREGA DE RESULTADO

Eu, _____, CPF nº _____, () paciente () responsável – grau de parentesco _____, AUTORIZO o transporte da amostra de material biológico coletado para a realização de exame anatomopatológico e/ou citopatológico no IPPF, bem como o envio da amostra já processada para análise complementar (imuno-histoquímica, biologia molecular e/ou consultoria externa), caso necessário, para laboratório conveniado ou contratualmente vinculado ao IPPF.

Declaro, ainda, que:

- I. Recebi do IPPF todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelos estabelecimentos envolvidos para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no IPPF e laboratório conveniado ou contratualmente vinculado ao IPPF, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2169/2017;
- II. Fui informado e cientificado da opção de pessoalmente encaminhar ou transportar a amostra para a realização de exame em outro laboratório; e optei pelo procedimento disponibilizado pelo IPPF, ora autorizado.
- III. Autorizo que o resultado do exame (primeira/segunda via) seja entregue ao médico assistente (consultório/e-mail) ou terceiro, portando o meu documento de identificação.
- IV. Os resultados dos exames são entregues em até 10 dias úteis, exceto material com necessidade de descalcificação, casos em estudo, consultoria externa (laboratório de apoio) e amostras com restrições.
- V. O médico assistente é co-responsável pelas condições de coleta, acondicionamento e transporte do material biológico entregue ao IPPF, devendo orientar o paciente ou responsável pela entrega das amostras. A responsabilidade do IPPF com o material começa a partir do momento de sua entrega neste laboratório ou posto de coleta.

Passo Fundo - RS, ___/___/___

Assinatura do paciente/responsável: _____

Diagnósticos em favor da vida!

PASSO FUNDO/RS - 54 3327-3327 | **MATRIZ:** Rua Teixeira Soares, 885, 9º andar | **HOSPITAL DE CLÍNICAS:** Rua Uruguai, 590, 9º andar | **KOZMA MEDICINA DIAGNÓSTICA - PREMIUM:** Rua Eduardo de Brito, 1570 | **KOZMA MEDICINA DIAGNÓSTICA - PET/CT:** Rua Uruguai, 2050 | **IJUÍ/RS** - 55 3195-0828 - Rua João Perondi, 07, sala 104, Centro | **CHAPECÓ/SC** - 49 3329-5861 - **KOZMA MEDICINA DIAGNÓSTICA:** Rua São Marcos, 1259, Bairro Santa Maria.