



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

O paciente (ou seu responsável) abaixo assinado, neste ato e na melhor forma de direito, autoriza seu médico infra-assinado a coletar amostras de seu material biológico (do paciente infra-assinado ou representado pelo responsável) e a solicitar que elas sejam submetidas a teste de FISH para ALK ao Laboratório de Patologia identificado abaixo neste termo, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado.

O paciente (ou seu responsável) abaixo assinado declara que o médico infra-assinado informou-lhe que o teste de FISH para ALK é indicado para o diagnóstico de Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas e tipo histológico Adenocarcinoma.

O paciente (ou seu responsável) abaixo assinado declara ter ciência que a análise e realização do teste FISH para ALK em sua amostra de material biológico coletada não constitui pesquisa clínica e tampouco será aproveitada/destinada para quaisquer pesquisas ou depositada em bancos de tecidos nem para qualquer outra finalidade que não seja o teste descrito neste termo.

O paciente (ou seu responsável) declara ter ciência que este Termo de Esclarecimento, Informação e Consentimento será arquivado pela empresa acima indicada, responsável pela realização do teste FISH para ALK, pelo prazo máximo de cinco anos, em caso de eventual necessidade do documento, bem como que, nos termos da Resolução CFM nº 1.472/1997, as amostras serão devolvidas diretamente ao médico infra-assinado em até 30 dias após a realização do teste.

Mediante a assinatura deste Termo, o paciente (pessoalmente ou por seu responsável) abaixo reconhece que (i) todas as informações contidas neste documento foram perfeitamente compreendidas; (ii) sua aceitação para realizar o teste é voluntária, espontânea e informada; e (iii) foi-lhe plenamente esclarecido que, em conformidade com a Resolução CFM nº 2.074/2014 e demais normas aplicáveis, a amostra coletada pelo médico infra-assinado poderá ser encaminhada diretamente pelo médico ao Laboratório de Patologia indicado ao fim deste documento, (iv) para a realização de um único exame, sem qualquer ônus ou custo para o paciente.

[] O paciente (ou seu responsável) abaixo assinado autoriza que suas amostras de material biológico, por indicação do médico infra-assinado, sejam encaminhadas e transportadas, inclusive por terceiros, ao Laboratório de Patologia identificado abaixo neste termo, para realização de um único teste, sem qualquer ônus ou custo para o paciente.

[] O paciente (ou seu responsável) declara que lhe foi esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do teste FISH para ALK em outro laboratório de sua confiança, que não o Laboratório de Patologia identificado abaixo neste Termo. Declara, ainda, para os devidos fins, que abdicou desta possibilidade de maneira voluntária, espontânea e informada, manifestando sua vontade em realizar o teste no Laboratório de Patologia indicado abaixo neste documento.

Laboratório de Patologia Bacchi Ltda
Endereço: Rua Major Leônidas Cardoso, 739 Centro - Botucatu – SP 18.602-010
Tel: (14) 3112-5900

Diretor técnico do laboratório: Dr. Carlos Eduardo Bacchi
CRM: 37879-SP

Nome do paciente (ou responsável se for o caso): _____

Grau de parentesco do responsável (se for o caso): _____

RG/CPF do paciente (ou responsável): _____

Cidade/Estado de residência do paciente (ou responsável se for o caso): _____

Assinatura do paciente (ou responsável se for o caso): _____

Nome da Testemunha _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Nome da Testemunha _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Cidade: _____

Data: ____/____/____

Declaração do médico: O médico abaixo assinado atesta que explicou ao paciente (ou seu responsável) no que consiste o teste FISH para ALK, bem como as eventuais limitações inerentes a esse teste, esclarecendo todos os aspectos relacionados a este termo, bem como respondendo a todas as questões do paciente (ou seu responsável) referentes ao assunto.

Assinatura: _____

Nome do Médico: _____

CRM: _____