



ETIQUETA Nº O.S.

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA DO NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA DO PROCEDIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

GÊNERO  Feminino  Masculino  Não informar

FIXAR IMEDIATAMENTE EM FORMOL 10%:  Formol Tamponado  Formol Comum Número de frascos: \_\_\_\_\_

TOPOGRAFIA DA LESÃO: \_\_\_\_\_

TIPO DE AMOSTRA:  Por Agulha  Fragmento Cirúrgico

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS / ANTECEDENTES RELEVANTES:**

HEPATITE:  Viral  Vírus B  Vírus C  Alcoólica  Autoimune  Medicamentosa

DOENÇA BILIAR:  Obstrutiva  Não Obstrutiva

DOENÇA GORDUROSA:  Alcoólica  Não Alcoólica

DOENÇA METABÓLICA PRIMÁRIA: \_\_\_\_\_

NEOPLASIA:  Primária  Metastática Sítio Primário: \_\_\_\_\_

OUTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA ANTERIOR?  SIM  NÃO

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_ nº de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente / ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado: Laboratório de Patologia: **ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA – AFIP**. Endereço: **Rua Padre Machado, 1040 – Vila Clementino – São Paulo/SP**. Tel.: **0800 722 2347**.

Responsável técnico do laboratório: **DR MOACYR PEZATI RIGUEIRO**, CRM/SP: **54709**.

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 nº 2.169/2017.

Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

1ª testemunha (responsável pela aplicação do Termo):

1) Nome completo: \_\_\_\_\_

Nº de identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª testemunha:

2) Nome completo: \_\_\_\_\_

Nº de identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_