

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

Eu, _____
portador do RG ou CPF _____ ()paciente ()responsável por
_____ grau de parentesco _____,
declaro que fui informado (a) de que a amostra do material biológico coletado para análise será encaminhada, por indicação do médico, para um laboratório credenciado ao Programa ID.

Declaro ainda que:

- 1) Fui informado (a), através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para a realização do exame em outro laboratório de minha confiança;
() sim () não
- 2) Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;
() sim () não
- 3) Foram me dados todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2074/2014;
() sim () não
- 4) Autorizo o transporte da amostra para a realização da análise para um laboratório credenciado ao Programa ID.;
() sim () não
- 5) Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame;
() sim () não
- 6) Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.
() sim () não

_____/_____
Assinatura do paciente ou responsável / Data

Responsável pela aplicação deste Termos

Médico _____/CRM _____

Assinatura _____ Data _____