



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: _____

PROXIMAL DISTAL CORTICAL MEDULAR

DADOS CLÍNICOS:

TAMANHO DA LESÃO: _____

TEMPO DE EVOLUÇÃO: _____

DADOS RADIOLÓGICOS: SÓLIDO CÍSTICO EXPANSIVO INFILTRATIVO ACOMETE ESTRUTURAS ADJACENTES

HÍPOTESE CLÍNICA E RADIOLÓGICA: _____

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: _____

1ªtestemunha (responsável pela aplicação do Termo):

1)Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

2ªtestemunha:

2)Nome completo: _____

Nº de identidade: _____

Assinatura: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____

TELEFONE: () _____

ASSINATURA E CARIMBO: _____