

## **TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO EXAME TRANSOPERATÓRIO POR “CONGELAÇÃO”**

Declaro estar ciente de que será realizado durante a cirurgia a que serei submetido (a) no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o Exame Transoperatório por Congelação, para o qual dou minha autorização após ter recebido verbalmente as seguintes informações:

1- O Exame Transoperatório por Congelação objetiva diagnósticos rápidos que orientam o cirurgião quanto ao tipo de cirurgia a ser realizada após o resultado.

2- O Exame Transoperatório por Congelação será realizado nas dependências do Laboratório *Macro & Micro*.

3- O Exame Transoperatório por Congelação deve ser previamente agendado com o *Macro & Micro* pelo cirurgião responsável (ou pessoa por ele indicada), implicando na permanência de médico patologista nas dependências do Laboratório por período variável, devidamente comunicado ao cirurgião.

4- Qualquer mudança no horário previamente combinado deverá ser imediatamente informada ao *Macro & Micro*, que tentará prorrogar o período de espera, se possível, ou suspenderá o exame.

5- O transporte das amostras ficará aos cuidados de responsável providenciado pelo *Macro & Micro* conforme normas definidas pela ANVISA e pelo CFM. Em situações imprevistas, responsável alternativo (familiar ou funcionário da clínica) poderá providenciar o transporte da amostra até o *Macro & Micro*.

6- As amostras serão entregues ao *Macro & Micro* com a maior brevidade possível.

7- Embora chamado de Exame Transoperatório por CONGELAÇÃO, nem sempre o material a ser examinado é congelado, mantendo-se essa terminologia por tradição. Atualmente, usam-se também outros métodos de avaliação da amostra.

**8- A necessidade de resultados rápidos obriga a utilização de métodos que nem sempre fornecem diagnósticos conclusivos e os resultados podem divergir dos fornecidos após exames adicionais subsequentes, que são imprescindíveis.**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Fone(s) para contato: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Funcionário:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*\* Cópia entregue ao paciente/responsável.**