

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 cujo **Programa IO Detect** tem vínculo contratual. As informações de endereço, telefone, nome do laboratório, além do nome e CRM de seu diretor técnico podem ser solicitados a qualquer momento através dos canais de contato disponíveis no site www.iodetect.com.br. Ainda, estou ciente e declaro que a realização dos testes foi por mim consentida de forma voluntária, espontânea e esclarecida.

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, bem como que o **Programa IO Detect** não fornecerá, nem será responsável, por quaisquer tratamentos de quaisquer doenças diagnosticadas ou relacionadas à análise do material biológico transportado.

O fato dos testes poderem ser realizados de maneira gratuita não caracteriza, em qualquer hipótese, gratuidade de tratamento médico, clínico, ambulatorial, hospitalar, e nem cessão gratuita de medicamentos associados, ou não, ao diagnóstico obtido em função dos testes, do que estou plenamente ciente.

() 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, não sendo submetida ou determinada como objeto de pesquisa clínica.

() 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 IO Detect**.

() sim () não

- 5) Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame.

() sim () não

- 6) Autorizo e estou ciente que o resultado e o material biológico serão devolvidos diretamente ao médico que solicitou a análise em até 30 (trinta) dias após a realização dos testes.

() sim () não

_____/_____/_____
Assinatura do paciente ou responsável / Data

1ª Testemunha e Responsável pela aplicação deste termo:

Médico _____/CRM _____

Assinatura _____ Data _____

2ª Testemunha

Nome Completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____