**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BIÓPSIA RENAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente da indicação / solicitação de meu médico(a), para a realização de exame de diagnóstico histopatológico, em material proveniente de biópsia renal, pela equipe do laboratório Fonte Medicina Diagnóstica. O procedimento da biópsia renal será realizado no dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ , no hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , pelo(a) médico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para o qual dou minha autorização, após ter recebido, verbalmente, as seguintes informações:

1. O exame histopatológico da biópsia renal consta de dois segmentos: um para estudo por microscopia de luz (convencional) e o outro por microscopia de imunofluorescência. Assim, o transporte das amostras para posterior realização de exame histopatológico deverá ser feito em dois meios distintos: formol e meio de Michel, que estarão contidos em dois frascos diferentes, entregues no local da biópsia, quando solicitados antecipadamente;
2. Do mesmo modo, deve ser planejada a coleta dos frascos com suas respectivas amostras (prévio agendamento de dia, local e horário para retorno dos frascos) e, ainda, o preenchimento das informações médicas solicitadas (termo de consentimento e ficha do paciente);
3. O referido exame diagnóstico envolve as seguintes particularidades:
   1. Rim nativo: colorações especiais para a microscopia de luz e anticorpos IgA, IgG, IgM, C3, C1q, Kappa e Lambda, para a imunofluorescência;
   2. Rim transplantado: colorações especiais para a microscopia de luz e o anticorpo C4d para a imunofluorescência; à critério médico podem-se ser adicionados os anticorpos citados para rins nativos ao painel de imunofluorescência além de imunohistoquímica por peroxidase com marcação do antígeno SV40.
4. Para plena autonomia do patologista, como garantia do laudo preciso, ágil e completo, temos as seguintes possibilidades de cobrança/pagamento:
   1. Paciente particular;
   2. Paciente de hospital/clínica conveniado (requer contrato de prestação de serviços oferecidos pelo laboratório);
   3. Paciente de plano de saúde contratualizado pelo laboratório: em acordo com sucesso na autorização dos procedimentos associados.

***Consentimento Pós–Informação***

Tendo em vista tudo anteriormente exposto e a mim informado, declaro que entendi a explicação e autorizo a realização do procedimento do exame histopatológico em biópsia renal. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo Médico Patologista / Responsável Fonte MD, ficando uma via com cada um de nós.

Data: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ Valor acordado (R$): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forma de pagamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se depósito bancário, considerar banco Bradesco, agência 2807, conta 14940-3, Fonte Medicina Diagnóstica, CNPJ 07.144.297/0001-08)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente / Responsável Assinatura do Médico Patologista / Responsável Fonte MD