**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAME PER-OPERATÓRIO (CONGELAÇÃO)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente da indicação / solicitação de meu médico(a) cirurgiã(o) assistente, Dr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para realização de Exame Per-operatório (Congelação) pela equipe da Patologia do laboratório Fonte Medicina Diagnóstica. O Exame Per-operatório (Congelação) será realizado durante a cirurgia a que serei submetido(a) no dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ , no hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para o qual dou minha autorização após ter recebido verbalmente as seguintes informações:

1. O Exame Per-operatório (Congelação) é realizado por médico(a) patologista **dentro do ambiente do centro cirúrgico** e tem como finalidade **orientar a equipe cirúrgica** quanto ao tipo ou extensão de cirurgia a ser realizada, após o resultado;
2. Embora chamado de Exame Per-operatório por CONGELAÇÃO, **nem sempre o material a ser examinado é, literalmente, congelado**, mantendo-se essa terminologia por tradição; podem ser utilizados outros métodos de avaliação da amostra de acordo com suas características próprias, que serão definidos pelo patologista;
3. Na literatura médica mundial há numerosos trabalhos científicos demonstrando que a técnica do Exame Per-operatório (Congelação) tem uma acurácia superior a 90% quando comparada ao exame histopatológico (padrão-ouro= 100%), o que quer dizer que **em até 10% dos casos pode haver resultados inconclusivos ou mesmo discrepância entre os diagnósticos devido a limitações próprias do método**;
4. O Exame Per-operatório **deve ser previamente agendado** com o laboratório Fonte Medicina Diagnóstica pelo cirurgião responsável ou pessoa por ele indicada (paciente ou responsável), implicando na permanência de médico patologista nas dependências do centro cirúrgico pelo período necessário para adequada realização do procedimento;
5. O **pagamento do Exame Per-operatório** (Congelação) **e de outros exames** anatomopatológicos porventura necessários **é de minha responsabilidade** e será realizado diretamente ao laboratório Fonte Medicina Diagnóstica ou seu responsável;
6. **Qualquer mudança no horário previamente combinado deverá ser imediatamente informada ao laboratório**, que em caso de impossibilidade de re-agendamento poderá suspender o exame;
7. O **transporte das amostras** para posterior realização de exame histopatológico e outros exames anatomopatológicos porventura necessários, **ficará aos cuidados do laboratório**, conforme normas definidas pela ANVISA e pelo CFM. Em situações imprevistas, responsável alternativo (familiar ou funcionário do hospital) poderá providenciar o transporte da amostra.

***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 Per-operatório (Congelação) e de outros exames anatomopatológicos porventura necessários. 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 Responsável Fonte MD |  |