

# Termo de Responsabilidade

## Peça Cirúrgica para Exame Anatomopatológico

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter recebido peça cirúrgica para análise em laboratório externo do paciente \_\_\_\_\_ e estou ciente de que devo observar as seguintes orientações abaixo para integridade do referido material:

1. Manter o recipiente vedado em posição vertical, em local arejado em temperatura ambiente até a entrega;
2. Entregar o material no laboratório de livre escolha, nas próximas 06 (seis) horas, a partir do horário de coleta da peça cirúrgica;
3. Não colocar a peça cirúrgica em geladeira porque já está acondicionado em FORMOL.

### Descrição do Material que será submetido a exame anatomopatológico:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÃO

Declaro, ainda, que recebi a peça cirúrgica às \_\_\_\_ horas, em \_\_\_\_ recipiente (s) para análise em laboratório e que retornarei ao Médico Assistente com o laudo do exame.

Conferi os dados de identificação do material recebido.

Assumo toda e qualquer responsabilidade sobre o manuseio e transporte do recipiente cedido.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:min)

Nome do Integrante: \_\_\_\_\_

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

Paciente  Responsável

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

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