

	Revisado quando necessário.	Código: FR 075
	DBC PATOLOGIA DIAGNÓSTICA	Versão: 04
	Formulário de Registro (FR)	Data aprovação: 01/09/2025
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROCEDIMENTO PEROPERATÓRIO DE PATOLOGIA	Paginação: 1 de 1

A. Identificação do Paciente:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

CPF/RG: _____

B. Informações sobre o Procedimento Peroperatório de Patologia:

O procedimento peroperatório de Patologia, também conhecido como exame de congelação, é realizado durante cirurgias para avaliação rápida dos tecidos removidos, auxiliando o cirurgião a tomar decisões imediatas sobre o manejo cirúrgico.

C. Objetivos do Procedimento Peroperatório de Patologia:

- Avaliar a natureza do tecido removido (benigno, maligno, inflamatório, etc.).
- Determinar margens cirúrgicas para a remoção de tumores.
- Outras informações consideradas importantes ao manejo cirúrgico.

D. Processo do Procedimento Peroperatório de Patologia:

Durante a cirurgia, uma amostra de tecido será removida e enviada imediatamente para análise.

O material será avaliado conforme a indicação técnica.

Os resultados serão comunicados ao cirurgião durante a cirurgia e todas as informações serão registradas e integradas ao laudo final do exame anatomopatológico.

E. Riscos e limitações

- Limitações Diagnósticas:* em alguns casos pode não ser conclusivo, necessitando de exames adicionais posteriores para um diagnóstico definitivo.
- Falso-negativos ou falso-positivos:* embora raros, existe a possibilidade de resultados imprecisos.
- Necessidade de procedimentos adicionais:* dependendo dos resultados, podem ser necessárias novas intervenções cirúrgicas.

F. Consentimento:

Eu, _____ declaro que fui informado(a) e que compreendi as informações sobre o procedimento peroperatório de Patologia. Fui esclarecido(a) sobre os objetivos, o processo, os riscos e as limitações deste exame. Estou ciente de que este exame é importante para o manejo cirúrgico e os resultados podem influenciar as decisões tomadas durante a cirurgia. Fui informado(a) de que tenho o direito de esclarecer dúvidas e de recusar este exame. No entanto, compreendo que a recusa pode afetar o manejo terapêutico.

Assumo que recebi todas as informações necessárias e dou meu consentimento livre e esclarecido, após ler e compreender as informações, para a realização do procedimento peroperatório de Patologia.

☐ Li, compreendi e consinto.

☐ Li, compreendi e não consinto.

Nome do Paciente/Responsável: _____

CPF do Responsável: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome do Responsável pela aplicação deste termo: _____

CPF do Responsável pela aplicação deste termo: _____

Assinatura: _____ CRM-RS: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este termo de consentimento deve ser arquivado no prontuário do paciente e uma cópia será fornecida ao mesmo.

Endereços e formas de contato com o DBC Patologia Diagnóstica

Santa Cruz do Sul: Rua Marechal Deodoro, 861, sala 2 - Telefone: (51) 3902-6662 - WhatsApp: (51) 99646-0876

Cachoeira do Sul: Rua Tiradentes, 855, sala 106 e 107 - Telefone: (51) 3530-6566

Uruguaiana: Rua Domingos de Almeida, 3668, sala 403 - Telefone: (55) 3050-0066 - WhatsApp: (55) 99691-1111

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome	Amanda Pavim	Gabriela Gressler	Dr. Dennis Baroni Cruz
Cargo	Gestão da Qualidade	Biomédica	Patologista, RT
Data	15/08/2025	21/08/2025	01/09/2025