



ACONSELHANDO GERAÇÕES.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO NECRÓPSIA DE FETO

Pelo presente instrumento, eu, _____,
declaro ter sido informado (a) claramente sobre o procedimento de realização de necropsia e feto solicitado.

O exame de necrópsia consiste na inspeção externa e na avaliação interna dos órgãos. Para maiores conclusões diagnósticas o médico pode precisar retirar uma amostra dos órgãos para posterior exame histológico dos tecidos no microscópio.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo Médico Responsável.

Neste mesmo ato, declaro estar ciente e concordo com todos os procedimentos necessários para a boa realização e conclusão do exame solicitado.

Autorizo que material (sangue / pele) sejam coletado para realização de exame de cariótipo;

Autorizo que material (sangue / pele) sejam coletado para extração de DNA;

Autorizo que seja registrado documentação fotográfica do feto e dos órgãos internos de interesse para a conclusão diagnóstica;

Não autorizo que outros exames além da necropsia (anátomo-patológico) sejam realizados;

Por fim, expresso minha concordância e é de livre e espontânea vontade que autorizo o procedimento de autópsia, assumindo a responsabilidade e os eventuais riscos decorrentes.

São Paulo, _____ de _____ de 20____

Paciente ou Responsável Legal:

Médico Responsável:

Nome: _____

Nome: _____

RG n°: _____

CRM n°: _____