



DIMOP – PROTOCOLO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

**Termo de Consentimento Informado (PACIENTE – FONTE)**

Informamos que durante o atendimento neste Serviço de Saúde um funcionário foi vítima de um acidente onde houve contato com seu material biológico. Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando autorização para que seja realizado os seguintes TESTES SOROLÓGICOS: HIV, Hepatite B e C e Sífilis, de acordo com o procedimento padrão da unidade de atendimento. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações sobre essas doenças citadas, orientação e encaminhamento para tratamento se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. Você terá direito ao conhecimento de seus resultados. Caso você não concorde com a realização dos testes, esta decisão não causará prejuízo em seu atendimento nesta instituição.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos ao quais serei submetido, (  ) CONCORDO, (  ) NÃO CONCORDO que sejam realizados os testes sorológicos acima descritos.

Tel: \_\_\_\_\_ ou End: \_\_\_\_\_

Paulínia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente)



DIMOP – PROTOCOLO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

**Termo de Consentimento Informado (Acidentado)**  
**PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV**

Eu, \_\_\_\_\_, estou de acordo em me submeter à **PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV** adotada por este serviço de saúde, após ter sido exposto ao contato com material biológico e recebido as seguintes informações:

- 1- Que existe risco de transmissão de HIV pós-exposição ocupacional;
- 2- Qual é a quimioprofilaxia indicada para o grau de risco de exposição;
- 3- Os conhecimentos sobre a quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV são limitados;
- 4- Não existem dados suficiente quanto à toxicidade em pessoas sem infecção por HIV ou que estão grávidas;
- 5- Algumas ou todas as drogas da quimioprofilaxia podem não ser toleradas;
- 6- Recebi informações sobre os efeitos adversos que as medicações poderão causar;
- 7- Fui orientado sobre a importância de comparecer às consultas nas datas determinadas para a realização dos exames de controle, assim como para informar qualquer manifestação que possa ocorrer em relação ao uso da profilaxia indicada.

Paulínia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do acidentado)



DIMOP – PROTOCOLO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

**Termo de Consentimento Informado (Acidentado)**

Mediante a ocorrência de Acidente com material biológico, faz-se necessário a adoção de medidas profiláticas para a proteção da saúde do trabalhador. Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando autorização para que sejam realizados os seguintes TESTES SOROLÓGICOS: HIV, Hepatite B e C e Sífilis, de acordo com o procedimento padrão da unidade de atendimento. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações sobre essas doenças citadas, orientação e encaminhamento para tratamento se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo. Você terá direito ao conhecimento de seus resultados.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos ao quais serei submetido, ( ) CONCORDO, ( ) NÃO CONCORDO que seja coletado meu sangue para realização dos exames diagnósticos acima descritos. E também ( ) Autorizo ( ) Não Autorizo Contato para eventual necessidade de convocação para resultados de exames.

Tel: \_\_\_\_\_ ou End: \_\_\_\_\_

Paulínia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do acidentado)

