



Termo de Consentimento Informado (PACIENTE – FONTE)

Informamos que durante o atendimento neste Serviço (Hospital, UBS, etc): _____ 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 sejam realizados alguns exames (HIV, Hepatite B e C e Sífilis). Para a realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso, em torno de 8 ml. O risco associado a este tipo de coleta é de haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências, além de um pequeno desconforto local. 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 exames, 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 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 paciente)



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 alguns exames (HIV, Hepatite B e C e Sífilis). Para a realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso, em torno de 8 ml. O risco associado a este tipo de coleta é de haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências, além de um pequeno desconforto local. 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)



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)