

**TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE-FONTE PARA COLETA E
ANÁLISE DE SANGUE EM CASO DE ACIDENTE COM MATERIAL
BIOLÓGICO**

Eu, _____,
fui devidamente esclarecido da importância de colher os exames de sorologia para HIV, hepatites B e C e VDRL para que possam ser tomadas as devidas providências em caso de exposição a material biológico.

Declaro que:

() Autorizo a coleta da amostra para análise.

() Não autorizo a coleta.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. A equipe médica será informada sobre os resultados dos exames, ficando os mesmos arquivados em seu prontuário.

Assino este termo em 3 (três) vias, ficando uma cópia retida no serviço de saúde, uma no laboratório (em caso de local de atendimento diferente do serviço de saúde em que o acidentado trabalha) e outra comigo.

_____, _____/_____/_____
(Local) (Data)

Assinatura do paciente-fonte:

Assinatura do Representante Legal:

Assinatura do profissional da Unidade:

(profissional que orientou o paciente-fonte)