



## TERMO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE-FONTE PARA COLETA E ANALISE 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)

\_\_\_\_\_