

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Acidente com material biológico - Pacientes

Informamos que durante o seu acompanhamento neste hospital, identificamos exposição de risco a material biológico com potencial infeccioso. Visando garantir a sua segurança e promover as condutas mais adequadas, solicitamos a sua autorização para a coleta de exames laboratoriais, conforme recomendações atuais do Ministério da Saúde.

Será feita coleta simples de sangue venoso periférico de forma limpa e asséptica; haverá apenas um baixo risco de se formar um hematoma ou leve desconforto local, como há em qualquer coleta. Os exames solicitados serão custeados pela instituição a fim de detectar infecção pelos vírus das Hepatites B e C e HIV e poderão beneficiá-lo ao detectar alguma dessas doenças e encaminhá-lo ao tratamento adequado ou profilaxias, caso necessário.

Eu, _____ ,

RG - _____ , CPF - _____ , após ter sido orientado em relação à ocorrência de acidente com material biológico nesta Instituição e de receber as devidas informações sobre o protocolo institucional pós-exposição a material biológico:

() **estou de acordo** em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

() **não estou de acordo** em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

Data e hora:

Assinatura do paciente exposto

Assinatura do Profissional de
Saúde (quem atendeu o paciente)