HEMOPE	**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE- FONTE**	Código: **FOR ASFU 018** Versão/Ano: **00/2022**

Informamos que durante o seu atendimento neste Serviço de Saúde o colaborador, _____, foi vítima de um acidente de trabalho, onde houve contato com seu material biológico. Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco para o colaborador, estamos solicitando sua autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para HIV, Hepatites B e C. Para a realização destes exames, será necessária uma coleta simples de sangue venoso, em torno de 8ml, como realizada para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a esse tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do colaborador acidentado.

Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não causará prejuízo em seu atendimento nesta instituição.

Eu,_____ após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido,

( ) CONCORDO

( ) NÃO CONCORDO

Que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Nome:_____

Assinatura do paciente-fonte ou responsável:_____

N.º prontuário: _____

Data: _____/_____/_____