

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLETA DE
AMOSTRA DE PACIENTE FONTE**

Nome do Paciente: _____ RH: _____ Leito: _____
COLETA: Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome do funcionário acidentado: _____ RH: _____
Serviço: _____ Local de Ocorrência do Acidente: _____

Chefia do Setor ou Responsável
(carimbo e assinatura)

Eu, _____, portador do RG nº _____, declaro que estou ciente da realização da coleta de material biológico para análise laboratoriais.

Exame(s) realizado(s):

- Teste Rápido HIV
- Sorologia para HIV
- Sorologia para Hepatite C – HCV
- Sorologia para Hepatite B – HBSAG

Declaro que estou ciente da possibilidade de proceder uma segunda coleta de material biológico para teste confirmatório.

Declaro que o não comparecimento para uma segunda coleta neste laboratório até 15 dias após a solicitação é de minha total responsabilidade, desobrigando o Laboratório do HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO da responsabilidade sobre o resultado da primeira coleta.

Assinatura do Paciente ou Responsável

() Não autorizo a coleta do meu material biológico para essa finalidade.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Caso o paciente ou responsável estejam impossibilitado de assinar o termo, justificar o motivo.

Enf. Responsável
(carimbo e assinatura)