

Nome completo: _____
Sexo: M F
Data de nascimento: ____/____/____
Registro: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PACIENTE - FONTE

Eu, Dr. _____, médico do setor _____, CRM _____ informo que, durante o seu atendimento neste Hospital, um funcionário foi vítima de acidente e houve contato com seu material biológico (sangue ou outra secreção orgânica).

Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando autorização para que sejam realizados alguns exames laboratoriais. Serão solicitados exames para a pesquisa de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatite B e C. Para a realização destes exames, será necessária coleta de sangue venoso. O risco associado a este tipo de coleta é raro e pode ocorrer um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências, além de desconforto local.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. A sua equipe médica será informada a respeito dos resultados dos seus exames que serão incluídos no seu prontuário médico.

Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não causará NENHUM prejuízo ao seu atendimento nesta Instituição.

Após eu ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais será submetido, concordo / não concordo que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

NA IMPOSSIBILIDADE DE O PACIENTE-FONTE ASSINAR - RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____

Idade: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

Cônjuge, Pai, Mãe, Filho (a), Avô (ó), Irmão (a), Outros _____

Assinatura do (paciente) ou (responsável/
representante Legal)

Assinatura do Médico informante
com CRM

Em situações de emergência, dois médicos deverão assinar.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de emergência.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

1- Nome em letra legível do médico e CRM: _____ Assinatura do médico: _____

2- Nome em letra legível do médico e CRM: _____ Assinatura do médico: _____

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____ Hora: _____

Paciente ou Representante/Responsável legal