

Eu, _____, matrícula _____,
função _____, setor _____, estou de acordo em me submeter
à PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV adotada por este Hospital, após ter sido exposto a contato
com material biológico e recebido as seguintes informações:

1. Que existe risco de transmissão de HIV pós-exposição ocupacional.
2. Qual será a quimioprofilaxia indicada para o grau de risco de exposição.
3. Os conhecimentos sobre a quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV são limitados.
4. Não existem dados suficientes quanto à toxicidade em pessoas sem infecção por HIV ou que estão grávidas.
5. Algumas ou todas as drogas da quimioprofilaxia podem não ser toleradas.
6. Recebi informações sobre os efeitos adversos que as medicações poderão causar.
7. Fui orientado sobre a importância de comparecer às consultas nas datas determinadas para a realização dos exames de controle, assim como para informar qualquer efeito colateral que possa ocorrer em relação ao uso da profilaxia indicada.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do profissional acidentado: _____