

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PACIENTE FONTE.

Informamos que durante o seu atendimento um (a) funcionário (a) sofreu acidente onde houve contato com material biológico (sangue ou secreção ou excreções).

Com o objetivo de prevenir situações de risco e evitar tratamento desnecessário no nosso colaborador, o setor de Medicina Ocupacional está solicitando autorização para que sejam realizados alguns exames, para detecção de microrganismos veiculados pelo sangue como vírus da Hepatite B, Hepatite C e da Imunodeficiência Humana (HIV).

É de seu direito ter acesso aos resultados e caso tenha interesse poderá solicitar uma cópia dos resultados em um período de até 30 dias após a coleta do exame a partir dessa data o mesmo será arquivado.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a conduta do tratamento do funcionário acidentado.

Eu, _____, após ter sido informado (a) do objetivo desta solicitação e dos procedimentos a que serei submetido, concordo livremente em que seja coletado sangue para realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Sorocaba, ____ de _____ de 20__.

Nome: _____

Endereço:

Rua: _____ Nº ____ Bairro: _____

Cidade _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____

Assinatura: _____