|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  SERVIÇO DE MEDICINA OCUPACIONAL – coleta de exames  Eu, abaixo assinado, fui informado(a) que durante o meu atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre um profissional da saúde, que me assistia, sofreu um acidente com exposição a material biológico do meu corpo. Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e definir uma conduta para o profissional de saúde submetido a esta exposição, o Serviço de Medicina Ocupacional solicita, através da equipe médica que está atendendo, autorização para que sejam realizados alguns exames: anti-HIV (AIDS), HBsAg (hepatite B) e anti-HCV (hepatite C).  A equipe explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos deste procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Fui informado(a) que para a realização destes exames é necessária uma coleta simples de sangue venoso, igual à coleta de sangue para outros exames convencionais, já realizada anteriormente, e que pode ser necessária a repetição destes testes, dependendo dos resultados.  Estou ciente que o risco mais freqüente associado a este tipo de coleta é a ocorrência de um pequeno derrame no local da punção (hematoma), que habitualmente não tem conseqüências além de um pequeno desconforto na área. Os benefícios que poderei vir a ter são receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação sobre o seu tratamento, se for o caso.  Fui informado(a) também que todos os resultados serão mantidos em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do profissional de saúde acidentado. A minha equipe médica será informada a respeito dos resultados dos meus exames e esses serão incluídos no meu prontuário.  Assim sendo, autorizo a equipe médica a coletar o meu sangue para realização dos exames acima descritos.  Data      /     /  Nome (em letra de forma) do paciente ou Responsável  Assinatura do paciente ou responsável­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grau de parentesco do responsável  Assinatura do responsável pela aplicação do Termo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Medicina Ocupacional**  **COLETA DE EXAMES** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-549FE – gráfica hcpa – julho23**