

ANEXO I**Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento do
Paciente fonte/Funcionário Acidentado****Dados do funcionário/profissional acidentado**

| | |
|--|---|
| Nome do Funcionário/ Profissional acidentado: | |
| Telefone p/ contato: | |
| Cargo/Função: | |
| Local onde trabalha: | |
| Telefone do local de trabalho: | |
| Local onde ocorreu o acidente: | |
| Data do acidente: | ___/___/20__ |
| Unidade do 1º atendimento: | () UPA 24 hs () PA Cervezon |
| Amostra para: | () 1ª amostra data: ___/___/20__ |
| | () 2ª amostra -3 meses data: ___/___/20__ |
| | () 3ª amostra - 6 meses data: ___/___/20__ |
| Unidade p/ entrega do resultado e acompanhamento do caso: | |

Dados do paciente fonte

| | |
|---|--|
| Nome do paciente fonte: | |
| Telefone p/ contato: | |
| Data de nascimento: | |
| Nome da mãe: | |
| Endereço: | |
| Coleta do sangue do paciente fonte: | () local do acidente () local do 1º atendimento: UPA 24 hs/PA Cervezon |
| Unidade p/ entrega do resultado e acompanhamento do caso (acidentado): | |



Declaração do paciente fonte

Eu, _____,
fui devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/
ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento. Declaro que se eu não
comparecer para buscar os resultados dos exames, ou por algum motivo deixar de
comparecer ao tratamento nas datas agendadas, autorizo e permito que este serviço de
saúde entre em contato.

Sorologias para: HIV () Hepatite B () Hepatite C () Sífilis ()

Desde que respeitando os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.
Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma retida no serviço e outra comigo.

Local/data: _____, ____/____/____

Assinatura do paciente fonte

Assinatura do Representante Legal:

Declaração do funcionário/profissional acidentado

Eu, _____,
fui devidamente esclarecido da importância de comparecer à uma unidade de Pronto
Atendimento para avaliação do acidente ao qual fui exposto, e do benefício de iniciar e dar
continuidade ao tratamento.

Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados dos exames, ou por algum
motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas, autorizo e permito que a
unidade de referencia para o acompanhamento entre em contato.

Desde que respeitando os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.
Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma retida no serviço e outra comigo.

Local/data: _____, ____/____/____

Assinatura do funcionário/profissional acidentado

Obs: Este termo deverá ser enviado à unidade de primeiro atendimento (PA Cervezon/UPA 24 hs) junto com os anexos: III, IV, V e o sangue colhido do paciente fonte, devidamente identificado, para a realização dos testes rápidos (quando for o caso) e posterior encaminhamento ao laboratório.

(verso)