

## **ANEXO I**

### **Termo de consentimento informado Paciente – Fonte**

Informamos que durante o seu atendimento neste hospital, um dos funcionários foi vítima de um acidente em que houve contato/exposição ao seu material biológico (sangue).

Objetivando evitar que este colaborador use tratamentos desnecessários, solicitamos sua autorização para a coleta de exames laboratoriais, conforme recomendações dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Resolução do Conselho Federal de Medicina.

Será feita coleta simples de sangue periférico e venoso sem risco de haver contaminação; haverá apenas um baixo risco de formar um hematoma ou leve desconforto no local, como há em qualquer outra coleta.

Os exames serão custeados pela instituição a fim de detectar infecção pelos vírus das Hepatites B e C, HIV (AIDS) e poderão beneficiá-lo ao detectar alguma dessas doenças e encaminhá-lo ao tratamento adequado, se necessário.

Eu, \_\_\_\_\_

(no caso de paciente inconsciente, incapaz ou menor, deverá ser autorizado pelo responsável legal).

RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, após ter sido orientado em relação à ocorrência de acidente de trabalho envolvendo exposição de colaborador desta instituição a meu material biológico e receber informações sobre o protocolo institucional pós-exposição a material biológico:

**( ) ESTOU DE ACORDO** em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

**( ) NÃO ESTOU DE ACORDO** em realizar exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV, Hepatite B e Hepatite C.

Canoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente Fonte

## **ANEXO II**

### **Termo de consentimento informado Funcionário**

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula: \_\_\_\_\_,

função: \_\_\_\_\_, setor: \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, após ter me envolvido em acidente com exposição à material biológico, ATMB, e ter recebido as seguintes informações:

1º O risco de transmissão do vírus HIV após exposição é de 0,1% a 0,3%;

2º O uso adequado da profilaxia pós-exposição é capaz de reduzir o risco de transmissão, embora os conhecimentos sobre o uso de medicamentos em situações como essas ainda sejam limitados;

3º A indicação do tipo de profilaxia da exposição ao vírus da AIDS varia com o tipo de exposição;

4º O uso dos medicamentos anti-retrovirais em situações pós-exposição pode estar associado a efeitos adversos e/ou colaterais os quais fui informado.

Portanto:

☐ **estou de acordo** em realizar o teste rápido para HIV e exames de marcadores virais.

☐ **não estou de acordo** em realizar o teste rápido para HIV e exames de marcadores virais.

☐ **estou de acordo** em utilizar a profilaxia pós exposição ao vírus HIV.

☐ **não estou de acordo** em utilizar a profilaxia pós exposição ao vírus HIV e me responsabilizo pelas consequências que esta decisão possa me causar, isentando a instituição e seus profissionais.

Canoas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário Acidentado

### ANEXO III

#### Solicitação de exames acidente de trabalho com material biológico

**1 – FUNCIONÁRIO:**

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>NOME:</b>		<b>NÚMERO DE ATENDIMENTO:</b>
<b>RG:</b>	<b>DATA NASCIMENTO:</b>	
<b>NOME DA MÃE:</b>		
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>NÚMERO:</b>
<b>BAIRRO:</b>		<b>CEP:</b>
<b>CIDADE:</b>	<b>TELEFONE PARA CONTATO:</b>	

**SOLICITO:**

Anti HBc IgM ☒    Anti HBS ☒    Anti HCV ☒  
 Anti HIV ☒    HbsAg ☒    TGP ☒

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

**2 – PACIENTE FONTE:**

<b>NOME:</b>		<b>NÚMERO DE ATENDIMENTO:</b>
<b>RG:</b>	<b>DATA NASCIMENTO:</b>	
<b>NOME DA MÃE:</b>		
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>NÚMERO:</b>
<b>BAIRRO:</b>		<b>CEP:</b>
<b>CIDADE:</b>	<b>TELEFONE PARA CONTATO:</b>	

**SOLICITO:**

Anti HBc IgM ☒    Anti HCV ☒    Anti HIV ☒  
 HbsAg ☒

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

## ANEXO IV

### Formulário para dispensação de retrovirais (PEP) no HU

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)			
2 - Nº de Prontuário	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	5 - Data da exposição
<b>6 - Circunstância de exposição</b> <input type="checkbox"/> Acidente Ocupacional <input type="checkbox"/> Exposição Sexual Consenteida <input type="checkbox"/> Planejamento Reprodutivo <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>7 - Nº de dias para dispensa</b> _____  <b>Transmissão Vertical:</b> <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> RN de mãe infectada pelo HIV	<b>8 - Categoria de usuário (Populações Chave)</b> <input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens <input type="radio"/> Profissional do Sexo <input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outras populações	
<b>9 - Esquema preferencial para PEP</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir <sub>300mg</sub> (ATV) + ritonavir <sub>100mg</sub> (r) (1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)	
<b>10 - Esquemas alternativos para PEP</b>		<input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV/r) + ritonavir <sub>100mg</sub> (r) (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia) <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg/50mg (1 comp./dia) (4 comp./dia) <input type="checkbox"/> Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir <sub>300mg</sub> (2 comp./dia) (1 comp./dia)	
<b>11 - Medicamentos ARV (Preencher no quadriculo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)</b>			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)			
ANTIRRETROVIRAL	Tenofovir / Lamivudina <input type="text" value="1"/> comp. de 300mg / 300mg/dia		
	Zidovudina / Lamivudina <input type="text"/> comp. de 300mg / 150mg/dia		
	Abacavir - ABC	<input type="text"/> comp. de 300mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 20mg/mL/dia
	Didanosina - ddi	<input type="text"/> caps. de 250mg/dia <input type="text"/> caps. de 400mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral de 10mg/mL/dia
	Estavudina - d4T	<input type="text"/>	<input type="text"/> mL de sol. oral 1mg/mL/dia
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/> comp. de 150mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/> comp. de 300 mg/dia	
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/> caps. de 100mg/dia <input type="text"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)		
	Efavirenz - EFZ	<input type="text"/> comp. de 600 mg/dia <input type="text"/> caps. de 200 mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 30 mg/mL/dia
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/> comp. de 200mg/dia	<input type="text"/> mL de suspensão oral 10mg/mL/dia
	Inibidores de Protease (IP)		
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/> caps. de 200mg/dia <input type="text" value="1"/> caps. de 300 mg/dia	
	Darunavir - DRV	<input type="text"/> comp. de 300mg/dia <input type="text"/> comp. de 150mg/dia <input type="text"/> comp. de 75mg/dia <input type="text"/> comp. de 600mg/dia	
	Fosamprenavir - FPV	<input type="text"/> comp. de 700mg/dia	<input type="text"/> mL de suspensão oral 50mg/mL/dia
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/> comp. de 200mg / 50 mg/dia <input type="text"/> Comp. de 100mg / 25mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia	
Ritonavir - RTV	<input type="text"/> caps. de 100mg/dia <input type="text" value="1"/> comp. de 100mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
Saquinavir - SQV	<input type="text"/> caps. mole de 200mg/dia		
ARV de Terceira Linha			
Darunavir - DRV	<input type="text"/> comp. de 300mg/dia <input type="text"/> comp. de 150mg/dia <input type="text"/> comp. de 75mg/dia <input type="text"/> comp. de 600mg/dia		
Enfuvirtida - T-20	<input type="text"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia		
Etravirina - ETR	<input type="text"/> comp. de 100mg/dia		
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/> comp. de 150mg/dia		
Raltegravir - RAL	<input type="text"/> comp. de 400 mg/dia		
Tipranavir - TPV	<input type="text"/> caps. de 250mg/dia	<input type="text"/> mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
<b>12 - Médico</b> Data ____/____/____ CRM : _____ _____ (carimbo e assinatura)		<b>13 - Farmacêutico responsável</b> Data ____/____/____ CRF : _____ _____ (carimbo e assinatura)	
<b>14 - Recebi em</b> ____/____/____ _____ (assinatura do usuário)		_____ (assinatura do usuário)	
Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.			