

Revisão: 03 Data: 31/01/2017

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 pacient	te 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 ex	xames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV,
Hepatite B e Hepatite C.	
() NÃO ESTOU DE ACORDO em realizar	r exames laboratoriais sorológicos para marcadores virais de HIV,
Hepatite B e Hepatite C.	
	Canoas, de de
Assinatura da Dasianta Fasta	Assingture de Enformeire (a) Chafia
Assinatura do Paciente Fonte	Assinatura do Enfermeiro (a) - Chefia



Revisão: 03 Data: 31/01/2017

ANEXO II

Termo de consentimento informado Funcionário

	Eu,	, matrícul	a:,
função	:	, setor:	
	, CPF:		n acidente com exposição à
materia	al biológico, ATMB, e ter recebido as seguint	es informações:	
	1º O risco de transmissão do vírus HIV após	s exposição é de 0,1% a 0,3%;	
	2º O uso adequado da profilaxia pós-expo	osição é capaz de reduzir o risco	de transmissão, embora os
conhec	cimentos sobre o uso de medicamentos em s	situações como essas ainda sejam	limitados;
	3º A indicação do tipo de profilaxia da expo	osição ao vírus da AIDS varia com o	tipo de exposição;
	4º O uso dos medicamentos anti-retrovira	ais em situações pós-exposição po	ode estar associado a efeitos
adverso	os e/ou colaterais os quais fui informado.		
	Portanto:		
	() estou de acordo em realizar o teste rápi	ido para HIV e exames de marcado	ores virais.
	() não estou de acordo em realizar o teste	rápido para HIV e exames de mar	cadores virais.
	() estou de acordo em utilizar a profilaxia	pós exposição ao vírus HIV.	
	() não estou de acordo em utilizar a pro	ofilaxia pós exposição ao vírus H	IV e me responsabilizo pelas
	consequências que esta decisão possa me o	causar, isentando a instituição e se	us profissionais.
		Canoas, de	de
_	Assinatura do Funcionário Acidentado	Assinatura do Enfer	meiro (a) –Chefia



Revisão: 03 Data: 31/01/2017

ANEXO III

Solicitação de exames acidente de trabalho com material biológico

L – FUNCIONÁRIO:			DA	ATA:/	'/_	
NOME:					NÚMER	O DE ATENDIMENTO:
RG: DATA NASCIMI					TO:	
NOME DA MÃE:						
ENDEREÇO:						NÚMERO:
BAIRRO:						CEP:
CIDADE:		TEL	EFONE P	ARA CONT	ATO:	<u> </u>
SOLICITO:						
Anti HBc IgM	Anti HBS	⊠ An	ti HCV			
Anti HIV	HbsAg		Р	\boxtimes		
PACIENTE FONTE:					NÚME	RO DE ATENDIMENTO:
RG:			DATA	NASCIME	NTO:	
NOME DA MÃE:						
ENDEREÇO:						NÚMERO:
BAIRRO:						CEP:
CIDADE:			TELEFO	NE PARA C	ONTATO:	1
SOLICITO:			I			
Anti HBc IgM 🔲 🛚 🗚	Anti HCV	Anti HIV				
HbsAg 🔀						
			- ,	ssinatura	e carimbo	do médico

SESMT – Serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho



Revisão: 03 Data: 31/01/2017

ANEXO IV

Formulário para dispensação de retrovirais (PEP) no HU

	Formulário de	e Solicitação de Me	edicamentos - Profilaxia				
- Nome do usuário (No caso							
		1 1 1 1 1 1					
No de Desertado	2 Pata de Nascim	ento da Parturiente/Mãe do RN/F	essoa Exposta 4 - Sexo 5 - Data da exposição				
Nº de Prontuário	3 - Data de Nascilli	ento da Partunente/wae do 114/1	Feminino Masculino				
- Circunstância de exposi	cão 7 - Nº de dia	s para dispensa	8 - Categoria de usuário (Populações Chave)				
Acidente Ocupacional	7-14 40 414	o para aroponea	Gays e outros homens que fazem sexo com homens				
Exposição Sexual Consentida Profissional do Sexo Pessoas que usam álcool e outras drogas							
Planejamento Reprodutiv	ro Transmissão Verti	cal:	○ Transexual				
Violência Sexual	Parturiente Travesti Outras populações						
Outros	RN de mae ir	fectada pelo HIV	Outras populações				
– Esquema pref para PEP		nofovir / Lamivudir (1 comp. Coformulado/dia)	a(TDF/3TC)300mg/300mg + Atazanavir _{300mg} (ATV) + ritonavir _{100mg} (r) (1 comp./dia)				
- Esquemas alternativo	s para PEP	Zidovudina / Lamivud (2 comp./dia)					
		Tenofovir / Lamivudin					
		(1 comp./dia)	(4 comp./dia) Na(AZT/3TC)300mg/150mg + Tenofovir300mg				
		Zidovudina / Lamivud (2 comp./dia)	(1 comp./dia)				
- Medicamentos ARV (Pro	encher no quadrículo a QUA idores da Transcriptase R	NTIDADE de comp/caps/mL qu Reversa Análogos de Nucle	e deve ser usada diariamente) esídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNt)				
Tenofovir / Lamivudina	1 comp. de 300mg / 300mg/dia						
Zidovudina / Lamivudina	comp. de 300mg / 150mg/dia						
Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia		mL de sol. oral 20mg/mL /dia				
Didanosina - ddl	caps. de 250mg/dia	caps. de 400mg /dia	mL de sol. oral de 10mg/mL/dia				
Estavudina - d4T			mL de sol. oral 1mg/mL/dia				
Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia		mL de sol. oral 10mg/mL/dia				
Tenofovir - TDF	comp. de 300 mg/dia		2001				
Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	Solução injetável 10 mg/ml					
		criptase Reversa Não Análo					
Efavirenz - EFZ	comp. de 600 mg/dia	caps. de 200 mg /dia	mL de sol. oral 30 mg/mL /dia				
Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia	Inibidores de Protease (mL de suspensão oral 10mg/mL /dia				
Atazanavir - ATV	caps. de 200mg/dia	1 caps. de 300 mg /dia					
Darunavir - DRV	comp. de 300mg/dia	comp. de 150mg /dia	comp. de 75mg /dia comp. de 600mg /dia				
Fosamprenavir - FPV	comp. de 700mg/dia		ml. de suspensão oral 50mg/ml./dia				
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg / 50 mg/dia	Comp. de 100mg / 25mg/d					
Ritonavir - RTV	caps. de 100mg/dia	1 comp. de 100mg/dia mL de sol. oral 80mg/mL/dia					
Saquinavir - sqv	caps. de l'oungula l'el comp. de l'oungula militados el comp. de l'oungula militados el comp. de l'oungula l'el caps. mole de 200mg/dia						
- Administra Sur		ARV de Terceira Linha					
Darunavir - DRV	comp. de 300mg/día comp. de 150mg /día comp. de 600mg /día						
Enfuvirtida - T-20	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia						
Etravirina - ETR	comp. de100mg/dla						
Maraviroque - мvq	comp. de 150mg/dia						
Raltegravir - RAL	comp. de 400 mg/dia						
Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia		mL de sol. oral 100mg/mL/dia				
- Médico Data/ CRN	D	- Farmacêutico responsável ata// CR	F:				
(carimbo e assinat	- l	(carimbo e as	inatura) (assinatura do usuário)				
			naio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.				