**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA LIBERAÇÃO – HIV**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito a liberação do meu teste de HIV, solicitado pelo (a) médico (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizado no dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, antes do cumprimento da etapa de recoleta solicitada pelo laboratório executor do exame – Laboratório LAMIC. Informo, ainda, os motivos da recusa para proceder com nova coleta para confirmação de resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ainda que tenho o conhecimento que o não cumprimento dos protocolos solicitados pelo laboratório LAMIC podem acarretar a liberação de um resultado falso-positivo, e que, para comprovação do diagnóstico laboratorial, deve ser realizado teste confirmatório (Western Blot, Imunoblot ou PCR quantitativa HIV - carga viral do HIV) conforme estabelecido pela Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013.