



## TERMO DE CONSENTIMENTO / TESTE RÁPIDO

Informamos que durante o seu atendimento neste serviço, um funcionário foi vítima de um acidente onde houve contato com o seu material biológico. Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando, autorização para que sejam realizados os seguintes exames: Anti-HIV (Aids), HBsAg (Hepatite B) e Anti- HCV (Hepatite C). Para a realização desses exames será necessária uma coleta de sangue venosos (2 tubos). O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre essas três doenças já citadas e orientação do tratamento, se for o caso. Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado.

Eu, \_\_\_\_\_,  
após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos que serei submetido, concordo livremente que seja coletado meu sangue e enviado ao Centro de Testagem e Aconselhamento de Uberaba para realização dos exames diagnósticos acima descritos.

Mãe: \_\_\_\_\_

D.N: \_\_\_\_\_

SUS: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura do paciente-fonte ou do responsável**

**Observação:**

O funcionário acidentado se comprometerá a entregar o cartão do CTA para o paciente fonte e esse poderá receber seu exame ligando no CTA e agendando um horário com um dos aconselhadores.