

**PRODUTO 03. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS NO CENTRO CIRÚRGICO:
PACIENTE FONTE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
EXAMES DA PESSOA-FONTE**

No decorrer do procedimento cirúrgico, os profissionais de saúde são expostos a sangue e outros fluidos corporais que, por vezes, podem apresentar vírus causadores de doenças graves, como o HIV e os vírus das hepatites B e C. Tal exposição indica a necessidade de atendimento médico com acompanhamento clínico-laboratorial. Torna-se necessária, assim, a realização de coleta de sangue venoso do paciente (pessoa-fonte) para investigação de possíveis infecções que coloquem o profissional em risco, viabilizando a assistência e a segurança da equipe de saúde.

Durante a coleta de sangue, existe o risco de hematoma local que, habitualmente, não traz consequências, exceto um pequeno desconforto. Como benefício, você poderá vir a ter informações diagnósticas e orientações referentes ao tratamento, caso seja necessário. Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a conduta na assistência ao profissional acidentado. A sua equipe médica será informada quanto aos resultados dos exames que serão incluídos em seu prontuário. A sua autorização permite aos profissionais da assistência o direito de coletar seu sangue e realizar exames durante todo o ato anestésico-cirúrgico, visto que você se encontrará impossibilitado de interação por estar em procedimento cirúrgico.

Eu_____. Data de
nascimento:____/____/____, RG:_____, estou ciente das
informações anteriores. Declaro para os devidos fins que:

- ☐ Concordo e autorizo os procedimentos informados neste documento
- ☐ Não concordo e não autorizo os procedimentos informados neste documento

Assinatura do paciente:

Data:_____/_____/_____

Prontuário:_____

Responsável pela orientação:

Assinatura do representante legal:

Data:_____/_____/_____

Prontuário_____

Responsável pela orientação:
