

**ANEXO 1 – Termo de consentimento informado para o responsável/acompanhante.**



**GOVERNO DO ESTADO DE  
RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL INFANTIL COSME E  
DAMIÃO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO  
INFORMADO PARA O RESPONSÁVEL  
POR PACIENTE-FONTE**

INFORMAMOS QUE DURANTE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NESTE SERVIÇO, UM FUNCIONÁRIO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE ONDE HOUE CONTATO COM SEU MATERIAL BIOLÓGICO. COM O OBJETIVO DE EVITAR TRATAMENTOS DESNECESSÁRIOS E PREVENIR SITUAÇÕES DE RISCO, ESTAMOS SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJAM REALIZADOS EXAMES PARA AIDS, HEPATITES B E C. PARA REALIZAÇÃO DESTES EXAMES, SERÁ NECESSÁRIA UMA COLETA SIMPLES DE SANGUE VENOSO, EM TORNO DE 8 ML. O RISCO ASSOCIADO A ESTE TIPO DE COLETA É A POSSIBILIDADE DE OCORRÊNCIA DE PEQUENO DERRAME LOCAL (HEMATOMA), QUE HABITUALMENTE NÃO TEM CONSEQUÊNCIA ALÉM DE UM PEQUENO DESCONFORTO. O BENEFÍCIO QUE VOCÊ PODERÁ TER É RECEBER INFORMAÇÕES DIAGNÓSTICAS SOBRE ESTAS INFECÇÕES JÁ CITADAS E ORIENTAÇÃO DE SEU TRATAMENTO, SE FOR O CASO. TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO MANTIDAS EM SIGILO, SERVINDO UNICAMENTE PARA ORIENTAR A CONDUÇÃO DO TRATAMENTO DO FUNCIONÁRIO ACIDENTADO. CASO VOCÊ NÃO CONCORDE COM A REALIZAÇÃO DOS EXAMES, ESTA DECISÃO NÃO CAUSARÁ PREJUÍZO EM SEU ATENDIMENTO NESTA INSTITUIÇÃO. EU,

\_\_\_\_\_, APÓS TER SIDO ADEQUADAMENTE INFORMADO DO OBJETIVO DESTA SOLICITAÇÃO E DOS PROCEDIMENTOS A QUE O MENOR, \_\_\_\_\_, PELO QUAL

EU SOU RESPONSÁVEL E A QUE SERÁ SUBMETIDO,  CONCORDO,  NÃO CONCORDO, QUE SEJA COLETADO MEU SANGUE PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES ACIMA DESCRITOS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

NOME

ASSINATURA

Nº PRONTUÁRIO