

TERMO DE CONSENTIMENTO		TESTES RÁPIDOS PARA IST
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C		
PACIENTE:		PRONTUÁRIO:
DN: / /	RG:	CPF:
NOME DA MÃE:		
REPRESENTANTE LEGAL [CASO PACIENTE SEJA MENOR DE 18 ANOS]		
NOME:		
DN: / /	RG:	CPF:
1. COMPREENDI QUE ESTA INSTITUIÇÃO SEGUE A PORTARIA Nº 34, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUE REGULAMENTA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR HIV, COMO TAMBÉM A PORTARIA Nº 342, QUE DISPÕE SOBRE A REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DE SÍFILIS.		
2. DECLARO QUE ESTOU CIENTE DA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO PARA SOROLOGIA DE HEPATITE B [HbsAg] E HEPATITE C.		
3. EM CASOS DE GESTAÇÃO, ENTENDI QUE, PARA QUE SEJA REALIZADO O TRATAMENTO NECESSÁRIO E PRECOCE PARA MIM E PARA O BEBÊ, É IMPRESCINDÍVEL A REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS.		
4. COMPREENDI QUE SEREI BENEFICIADA POR RECEBER INFORMAÇÕES DIAGNÓSTICAS SOBRE ESSAS DOENÇAS JÁ CITADAS E ORIENTAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO, CASO SEJA NECESSÁRIO.		
5. RECEBI ORIENTAÇÕES DE QUE TODAS AS INFORMAÇÕES REFERENTES AO RESULTADO DOS TESTES SERÃO MANTIDAS EM SIGILO.		
6. CONCORDO QUE A EQUIPE DE SAÚDE SEJA INFORMADA A RESPEITO DOS RESULTADOS DOS MEUS EXAMES QUE SERÃO INCLUÍDOS NO MEU PRONTUÁRIO.		
7. COMPREENDI QUE, EM CASO DE RECUSA DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES, ESTA DECISÃO NÃO CAUSARÁ PREJUÍZO AO MEU ATENDIMENTO NESTA INSTITUIÇÃO.		
8. DECLARO QUE ME FORAM FORNECIDAS TODAS ESTAS INFORMAÇÕES, VERBALMENTE E POR ESCRITO, EM LINGUAGEM DENTRO DOS LIMITES DE MINHA COMPREENSÃO, E QUE TODAS AS DÚVIDAS, EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO, FORAM ESCLARECIDAS.		
9. DECLARO QUE, APÓS TER SIDO ADEQUADAMENTE INFORMADO(A) DO OBJETIVO DESTA SOLICITAÇÃO E DOS PROCEDIMENTOS AOS QUAIS SEREI SUBMETIDO, CONCORDO NÃO CONCORDO QUE SEJA COLETADO SANGUE PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES DIAGNÓSTICOS ACIMA DESCRITOS.		
FAZENDA RIO GRANDE/PR, __ DE _____ DE _____		
ASSINATURA / CARIMBO DO PROFISSIONAL	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	POLEGAR DIREITO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL [CASO NECESSÁRIO]