



Prefeitura municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Normatização de Acidentes com Material Biológico (CNAMB)

### Termo de Consentimento Informado

#### Termo de Consentimento Pós-Informação do **Acidentado**

Eu, \_\_\_\_\_  
matrícula: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_, após ter sido envolvido em acidente com material biológico e  
receber as seguintes informações:

1º - o risco de transmissão do vírus da AIDS após exposição é de aproximadamente de 0,3%; o risco do HBV é de até 30% e HCV de até 10%.

2º - O uso adequado da profilaxia após exposição é capaz de reduzir o risco de transmissão, embora os conhecimentos sobre o uso de medicamentos em situações como essas ainda sejam limitados;

3º - o uso de medicamentos como profilaxia da exposição ao vírus da AIDS varia com o tipo de exposição;

4º - o uso de medicamentos antirretrovirais em situações pós-exposição pode estar associado a efeitos colaterais os quais fui informado.

( ) estou de acordo em realizar exames laboratoriais, incluindo marcadores virais.

( ) não estou de acordo em realizar exames laboratoriais, incluindo marcadores virais.

( ) estou de acordo em utilizar a profilaxia pós-exposição ao vírus da AIDS adotada neste serviço.

( ) não estou de acordo em utilizar a profilaxia pós-exposição ao vírus da AIDS adotada neste serviço.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do acidentado \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde \_\_\_\_\_

**Se acidentado recusar assinar o termo de consentimento informado, uma testemunha deverá assinar, além do profissional de saúde que orientou.**

\_\_\_\_\_  
Testemunha