



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-Infirmação do **Paciente Fonte**

Eu, \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Após ter sido envolvido em acidente com material biológico e receber as seguintes informações:

( ) estou de acordo em realizar exames laboratoriais, incluindo marcadores virais para disponibilizar os resultados no acompanhamento do acidentado.

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

Se o paciente fonte desejar retirar seus resultados deverá dirigir-se ao local referenciado.

Local referenciado: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente fonte

\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde

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

\_\_\_\_\_

Testemunha