



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PACIENTE FONTE DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Eu, _____
(nome do paciente fonte)

portador do RG _____, *AUTORIZO*
 NÃO AUTORIZO a coleta de amostra do meu
sangue para a realização dos exames anti-HIV, Hepatite B e Hepatite C, devido a acidente com
material biológico ocorrido na data ____/____/____ com o funcionário _____
_____.

Barueri, ____/____/____

Assinatura Paciente Fonte ou Responsável