

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

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do paciente fonte)

portador do RG \_\_\_\_\_, 

( <input type="checkbox"/> ) AUTORIZO
( <input type="checkbox"/> ) 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



Rua Professor João da Matta e Luz, 84 - Centro  
CEP: 06401-110 - Barueri/SP



sadm@barueri.sp.gov.br



(11) 4199-8110