

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

Eu, _____
(nome do paciente fonte)

portador do RG _____,

<input type="checkbox"/> <i>AUTORIZO</i>
<input type="checkbox"/> <i>NÃO AUTORIZO</i>

 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