

 Laboratório Central de Análises Clínicas da FCF - UNIFAL-MG   Centro Integrado de Assistência ao Servidor Comissão de Qualidade de Vida no Trabalho	<b>PROTOCOLO – UNIFAL-MG</b>		 Unifal MG Universidade Federal de Alfenas
	<b>PROTOCOLO DE CONDUTA DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO:          HIV E HEPATITE B E C</b>		
	<b>Código:</b> QUALIDADE	<b>Versão:</b> 001	<b>Página:</b> 1 de 2

### 1.1 Termo de Consentimento – Acidentado – 3 VIAS

1 via Servidor ou Discente; 1 via LACEN; 1 via CIAS

#### TERMO PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES.

Devido ao acidente de trabalho onde houve contato com material biológico, estamos solicitando, autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para HIV e hepatites B e C, sendo necessário o retorno para acompanhamento (Tabela 1). Para a realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso, como para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação do seu tratamento, se for o caso.

**Tabela 1-** Quantidade de dias para o retorno e exames a serem realizados.

Dias	Exames
0 dias	HIVT; HIV; Anti-HBs; HBsAg; HCV, ALT
30 dias (1 mês)	HIV; HCV
90 dias (3 meses)	HIV; HCV

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento, se necessário. Caso você não concorde com a realização dos exames, fica sobre sua responsabilidade qualquer complicação posterior relacionada ao acidente de trabalho.

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

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

após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido,

**SIM - EU CONCORDO**

**NÃO - EU NÃO CONCORDO**

que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

**PROFESSOR RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO SERVIDOR OU DISCENTE:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

 Laboratório Central de Análises Clínicas da FCF - UNIFAL-MG   Centro Integrado de Assistência ao Servidor Comissão de Qualidade de Vida no Trabalho	<b>PROTOCOLO – UNIFAL-MG</b>		 Unifal MG Universidade Federal de Alfenas
	<b>PROTOCOLO DE CONDUTA DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO: HIV E HEPATITE B E C</b>		
<b>Código:</b> QUALIDADE	<b>Versão:</b> 001	<b>Página:</b> 2 de 2	

## 1.2 Termo de consentimento – Paciente Fonte – 3 VIAS

1 via Servidor ou Discente; 1 via LACEN; 1 via CIAS

### TERMO PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES.

Informamos que durante o seu atendimento no(a) \_\_\_\_\_ um discente foi vítima de um acidente de trabalho, onde houve contato com seu material biológico.

Com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco, estamos solicitando a sua autorização para que sejam realizados alguns exames. Serão solicitados exames para HIV e hepatites B e C. Para a realização destes exames será necessária uma coleta simples de sangue venoso, como para qualquer outro exame convencional já realizado anteriormente. O risco associado a este tipo de coleta é o de poder haver um pequeno derrame local (hematoma), que habitualmente não tem consequências além de um pequeno desconforto local. O benefício que você poderá vir a ter é receber informações diagnósticas sobre estas três doenças já citadas e orientação do seu tratamento, se for o caso.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado. A equipe médica será informada a respeito dos resultados dos seus exames que serão arquivados no CIAS. Caso você não concorde com a realização dos exames, esta decisão não causará prejuízo em seu atendimento nesta instituição.

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

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

após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação e dos procedimentos aos quais serei submetido,

**SIM - EU CONCORDO**

**NÃO - EU NÃO CONCORDO**

que seja coletado meu sangue para a realização dos exames diagnósticos acima descritos.

**PROFESSOR RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO PACIENTE FONTE OU RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.