



F U N D A Ç Ã O
Hemocentro
D E B R A S Í L I A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLETA DE
AMOSTRAS DE SANGUE DE RECEPTOR PARA INVESTIGAÇÃO DE
RETROVIGILÂNCIA**

Código: *TCLE RETRO*

Revisão: 2

Documento relacionado: *POP Gvig 001*

Eu, _____ NOME COMPLETO DO PACIENTE _____, nascido em ____/____/_____,
fui contatado pelo Hospital _____ e informado do andamento de
investigação de retrovigilância, por motivo de soroconversão de doador de sangue. Por ter recebido
hemocomponente deste doador, proveniente de doação prévia com **sorologia negativa**, em
atendimento à legislação vigente será necessária a realização de novos exames sorológicos para os
marcadores de doenças transmissíveis pelo sangue. Os exames poderão ser realizados para Hepatites
B e C, HTLV, HIV, Doença de Chagas e Malária, a depender da investigação em andamento. Será
necessária uma coleta simples de sangue venoso, em torno de 8 ml. O risco associado a este tipo de
coleta é a possibilidade de ocorrência de pequeno hematoma no local da punção, que habitualmente
não tem consequências além de um pequeno desconforto.

Após ter sido adequadamente informado do objetivo desta solicitação, do procedimento a que serei
submetido e esclarecidas eventuais dúvidas, () autorizo ou () não autorizo, que seja coletado meu
sangue para realização do(s) exame(s) acima descritos.

Autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

() Telefone: _____ () E- mail: _____

() Endereço: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome/carimbo/assinatura do médico: _____

Nome/assinatura de testemunha: _____

(caso o paciente não autorize a coleta de exames)