



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: 1

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 e Doença de Chagas, 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)