



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

Código: *TCLE RETRO*

Revisão: *00*

Documento relacionado: *POP Suvig/Sehemo 001 revisão vigente*

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)