

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA TESTE DE HIV E VDRL EM GESTANTE E PARCEIRO

Nome da Paciente:	
Data de Nascimento:	Nº da Internação:

Eu, abaixo assinado (a), declaro que estou ciente e recebi as informações à respeito dos benefícios da realização dos testes rápidos de HIV e VDRL, e que seus resultados são sigilosos. Fui esclarecido (a) e entendi que pode haver consequências caso haja recusa da realização do mesmo, podendo interferir significativamente na saúde do bebê.

() Autorizo a realização dos testes

() Não autorizo a realização dos testes, responsabilizando-me pelas consequências desta recusa

Lote do teste: _____

HIV: () Não Reagente () Reagente

VDRL: () Não Reagente () Reagente

Assinatura ou Impressão Digital* da paciente:	CPF:
---	------

*No caso da gestante não saber ler ou escrever, esta impressão digital atesta que o formulário de consentimento foi lido e explicado por um membro da equipe de saúde e que a gestante consente com tal informação.

PARCEIRO

Eu, abaixo assinado, declaro que estou ciente e recebi as informações à respeito dos benefícios da realização dos testes rápidos de HIV e VDRL, e que seus resultados são sigilosos. Fui esclarecido e entendi que pode haver consequências caso haja recusa da realização do mesmo, podendo interferir significativamente na saúde do bebê.

() Autorizo a realização dos testes

() Não autorizo a realização dos testes, responsabilizando-me pelas consequências desta recusa

Lote do teste: _____

HIV: () Não Reagente () Reagente

VDRL: () Não Reagente () Reagente

Nome completo do parceiro:	
Assinatura ou Impressão Digital*:	CPF:

*No caso do parceiro não saber ler ou escrever, esta impressão digital atesta que o formulário de consentimento foi lido e explicado por um membro da equipe de saúde e que o parceiro consente com tal informação.

Sapiranga, _____ de _____ de 20_____.