



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O EXAME HIV		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

De acordo com a portaria número 151 do Ministério da Saúde de 14 de Outubro de 2009, todo resultado de HIV Sorológico Indeterminado e/ou Reagente, só pode ser liberado após repetição em segunda amostra. Portanto, caso seja necessário uma segunda amostra, esta deverá ser coletada em momento diferente da primeira para finalização do exame.

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
Autorizo a(s) coleta(s) de amostra(s) biológica(s) para a execução do Teste de HIV.		
Estou ciente que o Laboratório poderá solicitar a retirada do laudo pessoalmente, somente por mim com documento oficial original com foto.		
Autorizo o Laboratório Meridional a realizar contato em até três vezes, pelos dados atualizados durante o cadastro, para comunicação da nova amostra.		

EU, _____, li a orientação acima, concordo com as exigências e estou ciente de que se o resultado para HIV for Indeterminado e/ou Reagente, só receberei o laudo do exame após realizar a coleta da segunda amostra. Entretanto, nova amostra poderá ser solicitada por outros motivos pelo laboratório.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.



PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento).*