

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLETA DE AMOSTRA

Paciente: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Declaro, para os devidos fins, que estou plenamente ciente e de acordo com a coleta de material biológico destinada à realização dos seguintes exames laboratoriais:

- Teste Rápido para HIV
- Sorologia para HIV
- Sorologia para Hepatite C (HCV)
- Sorologia para Hepatite B (HBsAg)
- Outro: _____

Declaro, ainda, que fui informado (a) sobre a possibilidade de necessidade de segunda coleta de material biológico para fins de confirmação dos resultados obtidos na primeira análise, conforme protocolos técnicos e diretrizes sanitárias aplicáveis.

Estou ciente de que o não comparecimento a este laboratório para a realização da segunda coleta, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a solicitação, ocorrerá por minha inteira responsabilidade. Nessas circunstâncias, reconheço que o Laboratório do Hospital R. Imaculada Conceição fica desobrigado de qualquer responsabilidade quanto à validade, interpretação ou fidelidade diagnóstica do resultado obtido na primeira coleta.

Por fim, declaro estar esclarecido (a) sobre todas as informações acima e ter tido oportunidade para sanar dúvidas, manifestando minha decisão de forma livre e informada.

Guanhães/MG, ___/___/___.

Assinatura Paciente/Responsável