

**Consentimento livre e esclarecido
para análise de VIH**

Nome do paciente: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___

Sexo (por favor, faça um círculo): M F

Médico que pediu a análise: _____

Minha assinatura aqui embaixo indica que:

1. Eu concordo em participar do teste para o VIH.
2. Tem-me dado informação sobre o teste, incluindo as limitações do teste e os resultados do mesmo.
3. Todas as minhas perguntas sobre o teste tem sido respondidas.
4. Entendo que o teste, incluindo os resultados, passará a formar parte de meu prontuário médico, incluindo o prontuário médico eletrónico, e que o pessoal autorizado da UMMMMC poderá ver esses resultados. Entendo que a confidencialidade será mantida quanto for possível e que os resultados dos testes serão livrados na forma descrita neste consentimento e como ordenado pelas leis estaduais ou federais, ou com meu consentimento escrito.
5. As despesas pelo teste, com a indicação de que o teste foi realizado, serão submetidas a meu seguro de saúde, exceto pelo teste de serologia por conta própria, que poderá ser arranjado através do Conselheiro de VIH da UMMMMC.
6. Minha decisão de ser testado é completamente voluntária.

LI E ENTENDI AS INFORMAÇÕES QUE ME FORAM DADAS ACIMA.

Assinatura do paciente/representante autorizado

Data

Assinatura da testemunha

Data

Se é um Representante Autorizado, escreva o nome em extenso e a relação com o paciente:

Nome

Relação

Se utilizou um intérprete, Nome do intérprete: _____

Se o consentimento for obtido pelo telefone:

Assinatura da testemunha

Nome em extenso da testemunha

Data

**Consentimento livre e esclarecido
para análise de VIH**

Nome do paciente: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___

Sexo (por favor, faça um círculo): M F

Médico que pediu a análise: _____

Minha assinatura aqui embaixo indica que:

1. Eu concordo em participar do teste para o VIH.
2. Tem-me dado informação sobre o teste, incluindo as limitações do teste e os resultados do mesmo.
3. Todas as minhas perguntas sobre o teste tem sido respondidas.
4. Entendo que o teste, incluindo os resultados, passará a formar parte de meu prontuário médico, incluindo o prontuário médico eletrónico, e que o pessoal autorizado da UMMMC poderá ver esses resultados. Entendo que a confidencialidade será mantida quanto for possível e que os resultados dos testes serão livrados na forma descrita neste consentimento e como ordenado pelas leis estaduais ou federais, ou com meu consentimento escrito.
5. As despesas pelo teste, com a indicação de que o teste foi realizado, serão submetidas a meu seguro de saúde, exceto pelo teste de serologia por conta própria, que poderá ser arranjado através do Conselheiro de VIH da UMMMC.
6. Minha decisão de ser testado é completamente voluntária.

LI E ENTENDI AS INFORMAÇÕES QUE ME FORAM DADAS ACIMA.

Assinatura do paciente/representante autorizado

Data

Assinatura da testemunha

Data

Se é um Representante Autorizado, escreva o nome em extenso e a relação com o paciente:

Nome

Relação

Se utilizou um intérprete, Nome do intérprete: _____

Se o consentimento for obtido pelo telefone:

Assinatura da testemunha

Nome em extenso da testemunha

Data