



cofen
conselho federal de enfermagem

Filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

ANEXO II – Resolução Cofen 556/2017

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - TCI

Autorização de procedimentos profiláticos

Local do Atendimento: _____

Origem: Meios Próprios () Unidade Pré Hospitalar () Encaminhado(a) por: _____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Prontuário: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Declaração de Consentimento do próprio paciente para exames e coleta de evidências forenses

Eu, _____, por meio deste, autorizo a realização de anamnese, exame físico da minha pessoa, incluindo exame ginecológico, e outros procedimentos com fins de coleta de informações e de materiais que possam constituir vestígios relacionados à situação de violência, incluindo-se a recolha de sangue, urina, tecido ou outros espécimes e de vestuário, além da realização de fotografias e, ou, vídeo forenses.

Declaração de Consentimento do Representante legal do paciente para exames e coleta de evidências forenses

Eu, _____, responsável pelo(a) paciente _____, por meio deste, autorizo a realização de anamnese, na paciente, incluindo exame ginecológico, e outros procedimentos com fins de coleta de informações e de materiais que possam constituir vestígios relacionados à situação de violência, incluindo-se a recolha de sangue, urina, tecido ou outros espécimes e de vestuário, além da realização de fotografias e, ou, vídeo forenses.

Declaração de Consentimento quanto às medidas profiláticas

Declaro ter recebido informações do(a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais.

Contracepção de Emergência

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro.

Se a vítima for mulher em idade fértil: () Aceitou () Não aceitou

Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis () Aceitou () Não aceitou

Gonorreia () Aceitou () Não aceitou

Infecção por Clamídia () Aceitou () Não aceitou

Infecção por Tricomonas () Aceitou () Não aceitou

Hepatite B () Aceitou () Não aceitou



Prevenção da Infecção pelo HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.

() Aceitou () Não aceitou

Realização de Exames

Sorologia para sífilis () Aceitou () Não aceitou

Sorologia para hepatite B e C () Aceitou () Não aceitou

Sorologia anti-HIV () Aceitou () Não aceitou

Teste de Gravidez () Aceitou () Não aceitou () Não se aplica (crianças e homens)

Coleta

Secreção Vaginal () Aceitou () Não aceitou

Secreção Oral () Aceitou () Não aceitou

Secreção Anal () Aceitou () Não aceitou

Material Subungueal () Aceitou () Não aceitou

Declaração de Orientações para Comunicação dos Fatos a Autoridade Policial

Declaro que fui devidamente orientada (o) sobre a importância de se registrar a ocorrência policial, ou caso já tenha registrado ou venha registra-la, afirmo estar ciente de que a presente documentação e o material coletado serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados.

Dos aspectos éticos da assistência à saúde

Por ocasião da assinatura deste Termo, ficam assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações referentes ao atendimento realizado nesta instituição, respeitando-se a dignidade, a intimidade e a autonomia do paciente no consentimento de tomada de decisão quanto aos exames e procedimentos realizados sem prejuízos aos cuidados de saúde.

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

Testemunhas: _____

Assinatura do profissional de saúde

Data