



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS

Data ____/____/____

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Prontuário: _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

O referido paciente _____, ou a pessoa responsável pelo (a) paciente, _____, declara ter recebido informações do profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus respectivos efeitos colaterais.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA:

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro caso a vítima seja mulher em idade fértil.

Aceitou Não aceitou

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:

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

Sífilis Aceitou Não aceitou

Gonorreia Aceitou Não aceitou

Infecção por Clamídia Aceitou Não aceitou

Infecção por Trichomonas Aceitou Não aceitou

Hepatite B Aceitou Não aceitou

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV:

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

Aceitou Não aceitou

REALIZAÇÃO DE EXAMES CONFORME PROTOCOLO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

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

Declaro (A) que foi devidamente orientada sobre a importância, e não obrigatoriedade, de registrar a ocorrência policial ou caso já tenha registrado ou venha registrar, está ciente que a presente documentação será encaminhada à autoridade judicial, se, e somente se, requisitado.

Assinatura da vítima de violência ou responsável

Assinatura do Profissional de Saúde

Testemunha (se houver)